Annual Report
of The Office of the Correctional Investigator
2010-2011

The Correctional Investigator Canada
L'Enquêteur correctionnel Canada
Canada

© Her Majesty the Queen in Right of Canada 2011

PS100-2011E-PDF
PRINTED IN CANADA

The Correctional Investigator
Canada

P.O. Box 3421
Station "D"
Ottawa, Ontario
K1P 6L4

L'Enquêteur correctionnel
Canada

C.P. 3421
Succursale "D"
Ottawa (Ontario)
K1P 6L4

June 29, 2011

The Honourable Vic Toews
Minister of Public Safety
House of Commons
Ottawa, Ontario

Dear Minister,

In accordance with section 192 of the *Corrections and Conditional Release Act*, it is my privilege and duty to submit to you the 38th Annual Report of the Correctional Investigator.

Yours respectfully,

Howard Sapers
Correctional Investigator

Canada

Table of Contents

CORRECTIONAL INVESTIGATOR'S MESSAGE 4

EXECUTIVE DIRECTOR'S MESSAGE 9

1A Access to Mental Health Services 10

1B Physical Health Care – Special Focus on Elderly Offenders 20

2 Deaths in Custody 26

3 Conditions of Confinement 36

4 Access to Programs 43

5 Aboriginal Issues 46

6 Federally Sentenced Women 49

CORRECTIONAL INVESTIGATOR'S OUTLOOK FOR 2011-12 54

ANNEX A: ANNUAL STATISTICS 57

ANNEX B: OTHER STATISTICS 67

RESPONSE OF THE CORRECTIONAL SERVICE OF CANADA 69

Correctional Investigator's Message

Making a Difference

By their nature, prisons are largely closed to public scrutiny. Outside intervention, independent oversight and external review are not always embraced in such an environment, but the history of corrections in this country and elsewhere suggests that these are essential components of reform and progress. The Office of the Correctional Investigator (OCI) was, in fact, established in response to the violence and unrest that occurred within the Canadian Penitentiary Service in the early 1970s. Since that time, the Office has played an important role in ensuring that Canada's correctional system operates in a fair, transparent and accountable manner. It is through our work as an ombudsman for federal offenders and monitor of human rights that the Office is able to make a positive impact on federal corrections and a positive contribution to public safety in Canada. To its credit, the Correctional Service of Canada (CSC) embraces our role and works hard to be open and responsive to our efforts.

Canadians believe in the rule of law, and nowhere is the rule of law more important or necessary than in the administration of justice, particularly when it includes the loss of liberty. As Correctional Investigator, I serve Canadians by reporting to Parliament on the concerns that federally sentenced offenders bring to my Office and the ability of the CSC to implement solutions. As Ombudsman for offenders, I receive and investigate complaints from over 14,000 federal inmates incarcerated in 57 penitentiaries across the country. Employing over 17,000 staff, CSC is a large, complex and decentralized system that administers court-ordered sentences of two years or more. Operating independently of the Correctional Service, the OCI's mandate is to ensure federal sentences are managed lawfully and that offenders are treated in compliance with domestic and international human rights standards.

As an impartial and non-adversarial body, he Office conducts investigations into the problems of federal offenders related to decisions, recommendations, acts or omissions of the CSC that affect federal offenders, either individually or as a group. Offering complainants a redress system that operates outside of the courts, the OCI provides timely, accessible, independent review and resolution of individual and systemic complaints. In the course of its work, the Office attempts to resolve complaints at the lowest level possible.

My staff and I spend our workdays trying to make Canadian penitentiaries as good and as useful as they can be. In 2010-11, the Office's team of investigators spent 341 days in federal institutions, interviewed more than 2,100 offenders, received over 5,700 complaints and inquiries from federal offenders and conducted 844 formal investigations. During this period, we received more than 22,000 contacts on our toll-free number and nearly 1.75 million 'hits' on the OCI website. Our use of force team conducted over 1,000 reviews. We also reviewed over 100 *Corrections and Conditional Release Act (CCRA)* section 19 cases involving serious bodily injury and deaths in custody. These are significant achievements for an organization whose staff complement averaged less than 30 full-time employees throughout most of FY 2010-11.

To be effective and credible, the relationship between an Ombudsman's office and the agency it oversees must be grounded in values of professionalism, integrity and trust. Consistent with Ombudsman practice, the OCI relies on its independence to conduct investigations, resolve complaints and address issues that affect offenders. My staff and I do not take sides in complaint resolution – the OCI is not an advocacy body or a substitute for the internal complaints and grievance system administered by CSC. Under the law, my Office is given full discretion as to whether a complaint will be investigated. We may decide not to investigate a complaint for lack of supporting evidence showing that the Service had acted improperly or unreasonably or because there was no basis to the complaint in the first place.

At the same time, the nature of the work – to assess whether CSC has acted fairly, equitably and reasonably in matters that are brought to our attention – assures there will invariably be points of difference between my Office and the CSC. Although not always in agreement with one another, both CSC and the OCI share a common and mutual goal – the safe, secure and humane custody of federally sentenced offenders. In fact, both organizations serve a larger public safety interest – to assist offenders to lead a responsible and law-abiding life upon release. Indeed, the legislation which empowers the OCI to investigate offender complaints and gives CSC authority to administer federal sentences provides that the two bodies operate in parallel, not in conflict.

Responding to Parliamentary concern regarding issues that affect Canadians is one of the most satisfying aspects of my job. In the past year, the Office appeared several times before Parliamentary Committees to provide information, insight and testimony on a wide range of criminal justice issues. From our experience, the ability to engage Parliamentarians on correctional and sentencing reform issues from an independent and impartial perspective is increasingly important, and I regard this as part of my Office's public service mandate. It is a role which I value and respect.

I am proud to offer the Office's 38th Annual Report. In reporting on key achievements as well as ongoing areas of concern, this year's report contains several case illustrations where the Office's influence and interventions made a positive impact on federal corrections in FY 2010-11. Thematically, the report is organized into six key priorities around which the Office's investigative, reporting, resolution and policy resources are now largely structured:

- **Access to physical and mental health services**
- **Preventing deaths in custody**
- **Conditions of confinement**
- **Issues facing Aboriginal offenders**
- **Access to correctional programming**
- **Issues affecting federally sentenced women offenders**

These priorities orient staff visits to correctional facilities and are key reference points in meetings, debriefings and correspondence between members of my staff and the Service. We expect that as correctional populations increase, so will the importance of these priorities.

It bears reminding that offenders have identities and lives apart from their crimes. They are imprisoned as a consequence of their transgressions, not to be deprived of their humanity. The law follows offenders into prison – it does not stop at the prison gate. As the *Corrections and Conditional Release Act* recognizes, "offenders retain the rights and privileges of all members of society, except those rights and privileges that are necessarily removed or restricted as a consequence of the sentence." This legal principle is a fundamental expression of Canadian values. It reflects the fact that no one among us – including those deprived of liberty – forfeits

or forgoes the right to be treated equally, humanely and with dignity.

In the course of investigating a complaint, it is often my Office's experience that the nature of the complaint, while specific and particular to an individual offender, has a more general or systemic base. Indeed, as the layers of a complaint are peeled back, its origins often rest on narrow or restrictive policy interpretation or an unreasonable denial of a specific individual or group right or privilege. Over time, these restrictions can become part of the normal routine. Such was the case of the decision to refuse permission for a maximum security woman inmate to participate in group activities – a right that is extended to male inmates in similar circumstances. In this case, the Warden agreed with the Office's assessment that the security designation of an offender or the unit where that individual resides does not, in and of itself, preclude participation in group activities. In a multi-level institution where women offenders are individually assessed, classified and placed according to their own risk and needs, the distinction between security level and placement is an important one, as it determines the nature and limitations of rights and privileges that can only be enjoyed in association with others.

The Office continues to deal with fundamental human rights issues and legal compliance cases. For example, on the basis of equality and language rights, the Office successfully intervened in the case of an offender who had been denied access to correctional programming in his official language of choice. Similarly, the Office was instrumental in pursuing the case of a group of Aboriginal inmates whose outside yard had been significantly reduced in size over the years, rendering opportunity for group access to fresh air and outdoor exercise impossible. In still another example, my Office intervened in the case of an elderly and bed-ridden inmate housed at a treatment centre who, unable to even dress himself, was required to be strip-searched in order to receive visitors. In the Office's view, this practice was unnecessary, exceptionally invasive and humiliating.

These are but a few examples of how the Office makes a difference in ensuring correctional practice is fair and respectful of both the law and of human dignity. Every person – regardless of ethnicity, social status or conflict with the law – deserves fair treatment before and under the law. The vast majority of incarcerated individuals will one day be free and need to restart their lives amongst us, respectful of the law that once restricted their freedoms.

On some policy-related matters that seemed intractable not so long ago, there has been significant movement in the past year:

1. **On the basis of the OCI's investigation into the dangerous use of firearms at a maximum security institution, the display of a weapon by correctional staff will again be treated as a 'reportable' use of force, and therefore subject to a higher threshold of safeguards – including monitoring and reporting – similar to when a police officer displays his/her weapon in public.**
2. **After conceding that the Management Protocol for high-need women offenders was inconsistent with effective corrections and committing that it would be rescinded once a suitable alternative had been identified, the Service is set to finally end this problematic practice, effective May 2011.**
3. **Following a number of internal and external reports critical of the declining quality of dynamic security, the Service is in the course of rolling out a national refresher training program in this vital area of corrections.**

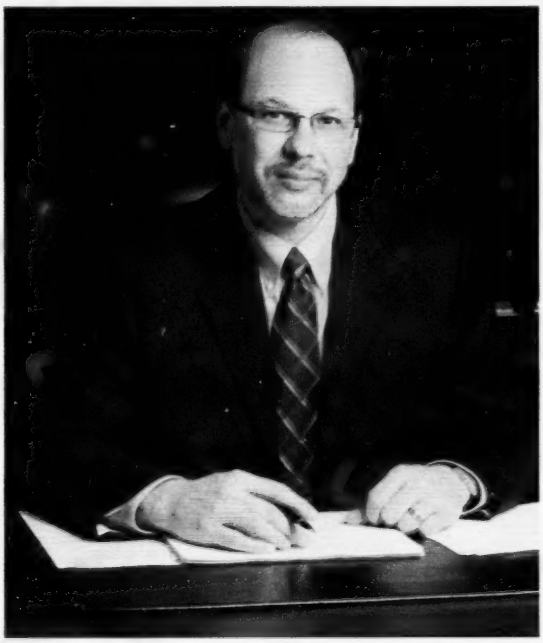
4. **A Complex Needs Program and unit in the Pacific Region for serious/chronic self-injurious offenders and an intermediate mental health care unit at a maximum security institution in the Ontario Region are being piloted.**

5. **In response to concerns raised by this Office, the Commissioner of Corrections committed that double-bunking in segregation is an action of absolute last (emergency) resort, that all other alternatives must be exhausted beforehand and that the Service's position is still that "single accommodation is the most appropriate means of meeting the housing needs of offenders." At a time when the national double-bunking rate is standing at 13% and increasing, these are important commitments.**

Of course, it is the nature of an oversight office to identify areas where performance could and needs to be improved. In this year's report, we continue to identify gaps in service delivery and capacity challenges, particularly for offenders with mental health issues. The growing number and needs of older offenders aged 50 and over is a special focus of this report, one which is deserving of more attention and action. Indeed, the concerns and issues affecting elderly offenders cut across other priority areas – mental and physical health, deaths in custody, conditions of confinement and access to programming. Several other issues of concern are also highlighted, including use of force, long-term segregation, involuntary treatment and informed consent in a correctional setting, and impacts of prison crowding.

Perhaps more so than in previous years, this Annual Report acknowledges and credits what the Office considers model or best practices in corrections. In doing so, we hope to encourage adoption of best practices Service-wide. CSC employs an incredibly rich, diverse and dedicated workforce. In many cases, local initiative, innovation and resolve allows operational staff to manage around national policy gaps. That there will be regional and even localized discrepancies in service levels, resources and capacity is to be expected in an organization as large, decentralized and complex as CSC. The important point is that there needs to be continuous focus on adaptation, learning and improvement.

In presenting the 38th Annual Report of the Office of the Correctional Investigator, I thank the extraordinarily committed and dedicated staff of my Office, who should never doubt that their efforts do indeed make a difference.



Howard Sapers
Correctional Investigator of Canada

"Canadians believe in the rule of law, and nowhere is the rule of law more important or necessary than in the administration of justice, particularly when it includes the loss of liberty."

Executive Director's Message

Organizing for Success

This year's strategic planning and priority exercise has helped to identify and consolidate six areas of focus and concern that will orient and drive our work forward into FY 2011-12: access to mental and physical health services, prevention of deaths in custody, conditions of confinement, Aboriginal corrections, access to programs and issues affecting federally sentenced women.

Information Management is becoming more of a concern and priority across government, just as it is for the Office. In the OCI's case, investment in this area is required to ensure operational integrity. During the reporting period, the Office staffed an indeterminate Chief, Information Management, position and we are developing a three-year Information Management Strategic Plan that will facilitate the management, retrieval, storage and classification of information.

Of note, the Office underwent two significant external audit and compliance exercises in the course of the reporting period – one involving a core control audit of corporate services and the other involving staffing accountability. In both cases, we were able to demonstrate full compliance against all policies and guidelines, with only the most minor variances. For a small Office, these are notable achievements.

Looking forward, the Office has updated its integrated human resources plan. Corporately, the plan captures the organization's three-year strategic direction and priorities affecting the management of human resources. With a consolidated increase in the operating budget, the Office is in a substantially better financial position to do an excellent job of pursuing our investigative mandate while building on our reputation as a workplace of choice.

In the coming year, I also look forward to enhancing the rigour and quality of our investigations and the degree of our follow-up with the Correctional Service. We know there is some work ahead of us in terms of meeting higher and more aggressive service delivery standards, particularly with respect to timeliness and accessibility. With respect to accessibility, we intend to revise and update the Office's awareness and promotional materials that make our services available to federal inmates.

An important piece of the OCI's mandate is to maintain public awareness of federal correctional issues. The Office will launch a substantive and interactive update of its website platform in 2011-12 that will present issues in a more accessible, relevant and user-friendly format. In reaching out in this way, we hope to provide an authoritative and balanced perspective on what are complex and challenging, but always engaging, issues.

Ivan Zinger, LL.B., Ph.D.
Executive Director and General Counsel

1A Access to Mental Health Services

The increasing demands for mental health services continue to pose significant challenges for CSC. The latest internal CSC data suggest that 38% of the male federal offenders admitted to penitentiary require further assessment to determine if they have mental health needs. For admitted women offenders, more than 50% require further mental health assessment.[1] These are, in all likelihood, lower than actual figures, as mental illness is typically under-reported in the prison environment, due to stigma, fear and lack of detection or diagnosis. We know, for example, that this data does not include a significant range of mental disorders, as federal corrections has limited capacity to systematically assess cognitive ability, attention deficit disorder, Foetal Alcohol Spectrum Disorder(s) and other neurological dysfunctions upon admission to a federal penitentiary.

New resources and additional capacity in community and institutional mental health services have led to some important improvements, most notably:

1. **The implementation of a computerized mental health screening and assessment system at admission.**
2. **Enhancements in primary institutional mental health care.**
3. **Basic mental health awareness training for front-line staff.**
4. **Clinical discharge planning to support offenders with mental disorders released to the community.**

Despite these investments and program enhancements, there can be little doubt that CSC faces an extraordinary set of challenges and constraints:

- **Access to treatment and intervention services in most penitentiaries remains inadequate.**
- **Only one pilot project for an intermediate care unit has been launched and one pilot program for men who self-injure has been established. (No specialized services exist for women offenders who self injure.)**
- **Segregation remains all too often the only alternative to house offenders with acute mental health symptoms.**
- **The Service's strategy to enhance recruitment and retention of mental health professionals – especially clinical nurses, psychologists and psychiatrists – has not yet yielded expected dividends.**

1 G. Wilton, "Validating the Computerized Mental Health Intake Screening System (CoMHISS)," *Emerging Research Results*, No. 10-2, Ottawa: CSC Research Branch, October 2010. See also, "Regional Mental Health Findings Summaries (Needs Analysis)," manual file reviews, November/December 2009.

Issues in Focus

Portrait of Psychological Distress

Based on a sample of 1,300 incoming male offenders between February 2008 and April 2009:

- 38.4% reported or were assessed at intake as showing symptoms associated with possible mental health problems that require follow-up assessment by a mental health professional. These included:
  - Obsessive-Compulsive (29.9%)
  - Depression (36.9%)
  - Anxiety (31.1%)
  - Paranoid Ideation (30.6%)
  - Psychoticism (51%)
- 78% of those reporting a substantial to severe dependence on alcohol also reported mental health distress (concurrent disorder).
- Aboriginal offenders were five times more likely to be categorized as severely dependent on alcohol as non-Aboriginal offenders.
- 29% scored high on scales assessing depression and hopelessness; over 20% endorsed at least one item on the current or historical suicide indicator scale.

Source: CSC, *An Initial Report on the Results of the Pilot of the Computerized Mental Health Intake Screening System (CoMHISS)*, March 2010.

Built for a different generation and profile of inmates, Canada's federal penitentiaries are struggling with physical infrastructure and design limitations that compromise the delivery of programs and services needed to address the rising complexity and demands of offenders with mental health concerns. Prisons are not hospitals, and the conditions that prevail there are far from therapeutic or rehabilitative. Incarcerating persons with mental health problems in conditions and environments that are poorly suited to meet their needs promotes neither public safety nor rehabilitative objectives. Simply put, there is not enough capacity, resources or professionals to meet the increased demands being placed on a system that was never intended to cope with such a profoundly ill population.

Under Warrant

In September 2010, an expert report commissioned by the Office entitled *Under Warrant: A Review of the Implementation of the Correctional Service of Canada's Mental Health Strategy* was publicly released. (This report was shared with the Service in March 2010.) The independent report was authored by Dr. John Service, the previous Executive Director of the Canadian Psychological Association and former Chief Operating Officer of the Mental Health Commission of Canada. Among its findings, the report noted that while the Correctional Service of Canada (CSC) received new funding and launched its mental health strategy in 2004, it was unable to provide a comprehensive and management-approved planning document and accountability framework for this initiative. The report found other gaps in the planning and delivery

of mental health services, noting that a significant portion of the inmate population that suffers from mental illness is "falling through the cracks," as they do not have access to intermediate care in their penitentiary nor meet the admission criteria of the five regional psychiatric treatment facilities.

In endorsing the report's key findings, the Office issued five summary recommendations:

1. **CSC publicly release its updated and approved Mental Health Strategy for transparency and accountability purposes.**
2. **CSC immediately commission an independent audit of its management framework and accountability structures for the delivery of mental health services and make the results public.**
3. **CSC reallocate resources to fully fund the implementation of its mental health strategy, with a particular focus on intermediate care.**
4. **CSC expand, explore and develop alternative mental health service delivery partnerships with the provinces and territories.**
5. **CSC enhance its support of the development of a National Strategy for corrections and mental health and work with partners and stakeholders to establish clear guidelines, timeframes and governance structures for implementation by the end of 2012.**

In response, the Service provided a copy of its updated Mental Health Strategy, as approved by its senior management committee in July 2010.

Since 2004, the OCI has repeatedly raised the issue of and reported on the care and treatment of prisoners with mental health concerns. Some of the Office's more significant recommendations include the following:

- **Reallocate resources to fully fund intermediate mental health care units.**
- **Enhance efforts to recruit, retain and train professional and dedicated mental health staff.**
- **Treat self-harming behaviour/incidents as mental health rather than security issues.**
- **Increase the capacity of the five Regional Treatment Centres.**
- **Prohibit forced medical injections of an uncertified offender who is physically restrained for health or security purposes.**
- **Prohibit prolonged segregation of offenders at risk of suicide or self-injury and offenders with acute mental health issues.**
- **Provide for independent and expert chairing of national investigations involving inmate suicides and incidents of serious self-injury.**
- **Expand alternative mental health service delivery partnerships with the provinces and territories.**
- **Provide health care coverage 24 hours per day / 7 days per week at all maximum, medium and multi-level institutions.**

Standing Committee's Report

Many of the Office's findings, observations and recommendations mentioned above were featured in the Report of the Standing Committee on Public Safety and National Security, *Mental Health and Drug and Alcohol Addiction in the Federal Correctional System*, which was released in December 2010. As the Committee noted,

The concerns raised by the Correctional Investigator are similar to the issues the Committee has identified in its study. Mental health, self-harm, health services, correctional programs, types of segregation, Aboriginal offenders, federally sentenced women, deaths in custody and gaps in dynamic security are among the various concerns raised in his report. It is unfortunate that CSC has not yet implemented all the Correctional Investigator's recommendations, which in the Committee's opinion would increase CSC's ability to deal with the many issues relating to the makeup of its prison population.

Issuing 71 recommendations in total – including a summation recommendation calling on CSC to implement all of the Office's recommendations from its 36th Annual Report – the Committee's report provides a substantive blueprint that could anchor much-needed reform of Canada's mental health and corrections framework. Responding to the Standing Committee's report will provide an important window of opportunity that CSC should not miss. I urge the Government to accept and implement key recommendations of the Standing Committee's Report, inclusive of those that address physical infrastructure deficiencies, strengthen mental health interventions and address gaps in recruiting and retaining professional mental health staff.

While the Government has not yet responded to the Committee's request to table a comprehensive response to its report, an area that holds considerable promise involves developing more partnerships and service delivery agreements between federal and provincial/territorial correctional and mental health authorities to ensure that federal inmates have the same access to health care as other Canadians. The Committee's report outlines the benefits of transferring responsibility for healthcare within the correctional system to provincial health authorities. It makes a specific recommendation in this regard, which is fully endorsed by this Office:

That Correctional Service Canada establish agreements with provincial psychiatric hospitals – that have suitable facilities to accommodate offenders without compromising public safety – to transfer some offenders who are posing a threat to themselves or others and who cannot be treated at regional treatment centres, along with financial compensation. These agreements should also allow correctional staff to be assigned to the facilities during a transfer in order to ensure public safety.

In other words, on a case-by-case basis, an offender with mental health issues that cannot be effectively treated or safely managed within a CSC facility should be considered for transfer to provincial/territorial mental health facilities. In the reporting period, the Office intervened to press the Service to transfer two self-injuring women to alternative forensic custody arrangements in the province of Ontario. It was our view then, as it is now, that CSC had little to offer these chronically self-injuring women, either in terms of an effective clinical treatment program or an appropriate therapeutic environment. For the one woman who was transferred to provincial care, there was a dramatic and remarkable improvement in mental health functioning.

The case for alternative service delivery was, in fact, put forward in recommendation #16 of the Office's report into the death of Ashley Smith, which encouraged CSC to undertake "broad consultation with federal/provincial/territorial and non-governmental partners to review the provision of health care to federal offenders and to propose alternative models

for the provision of these services." In response, the Service commissioned an outside consultant to explore other models for delivering health care in the correctional setting.[2]

The consultant's report notes that Nova Scotia and Alberta have transferred to their health jurisdictions the responsibility for health service delivery to provincial inmates. It makes the case for a modest but evolutionary shift in CSC's mental health service delivery model, which would involve developing more partnership agreements with provincial hospitals, expanding the use of community providers and resources and allowing for contractual transfer of specialized health services to provincial health care authorities. This progression would be in line with the Standing Committee's report and would take CSC into an innovative and exploratory phase to find better ways of delivering correctional health services. The OCI endorses both the direction and the approach outlined in the *Assessment Framework* report.

1. I recommend that the Service pursue alternative mental health service delivery arrangements and agreements with the provinces and territories consistent with the 'Assessment Framework for Alternative Service Delivery' as well as the Standing Committee's report on 'Mental Health and Drug and Alcohol Addiction in the Federal Correctional System.'

Compliance Issues at the Regional Treatment Centres

Many of the treatment, governance and service delivery gaps identified in the *Under Warrant* report are further explored in a recent internal audit of Regional Treatment Centres (RTCs) and the Regional Psychiatric Centre.[3]

With a total capacity of 675 beds, 781 full-time equivalent positions and a consolidated budget approaching $75M, CSC operates five treatment centres (psychiatric facilities) which offer acute and chronic mental health care to inmates suffering from the most serious conditions requiring in-patient treatment. The RTCs are, in fact, 'hybrid' facilities: according to the *Corrections and Conditional Release Act (CCRA)*, they constitute a 'penitentiary' but operate as a 'hospital' under applicable provincial mental health legislation. With the exception of the Prairies Region, all Treatment Centres are co-located within the confines of other CSC institutions. Designated 'multi-level' security facilities, three of the five Treatment Centres are accredited psychiatric hospitals.

As the audit notes, "there have been several reports and reviews completed on the Regional Treatment Centres in recent years which raised the need for CSC to enhance the mental health services provided to inmates." The audit identifies several compliance issues:

- **Lack of clarity in terms of what constitutes an 'essential' versus ' non-essential' mental health service.**
- **Informed voluntary consent was not always obtained or documented prior to issuing treatment.**
- **Involuntary treatment and involuntary admissions did not consistently follow provincial legislation when treating inmates who lacked the capacity to understand the requirements of informed consent.**
- **Video-recording of use of force incidents, potentially involving application of physical restraints, were not in compliance with prescribed policy requirements.**

2 *Report on Assessment Framework for Alternative Service Delivery: CSC Response to Recommendation #16*, prepared by Jim Thomas, December 2010.

3 CSC, *Audit of Regional Treatment Centres and the Regional Psychiatric Centre*, January 2011.

- **Consideration of inmate mental health conditions in decisions to transfer, segregate and discipline was often not documented.**
- **Standards and criteria for admission and discharge to and from the treatment centres are not consistent across the country.**

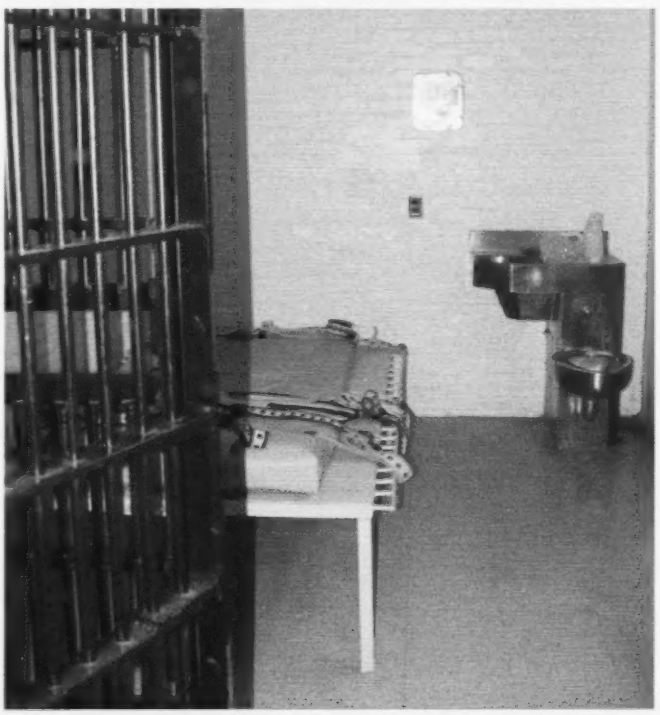
Many of these issues have been previously reported upon by this Office, most notably in context of the findings, recommendations and corrective measures emanating from the Ashley Smith case, which involved forced medical injections, use of chemical restraints and involuntary treatment. Indeed, CSC's National Board of Investigation into the death of Ashley Smith observed that there appeared to be a systemic lack of understanding of the policies concerning informed consent and involuntary treatment and the relevance of provincial legislation in this area of corrections. The internal investigation concluded that health care staff was left to their own devices to determine which provincial legislation applied to federal Treatment Centres.

In line with the audit's findings, OCI investigators have noted discrepancies between and among the Regional Treatment Centres in terms of their respective admission and discharge criteria. For instance, treatment centres may house inmates who do not have a mental health condition but may be physically impaired, in a palliative condition or otherwise vulnerable in their parent institution. Aside from the expense and inappropriateness of using psychiatric facilities for these purposes, this questionable practice creates operational challenges and dilemmas.

2. I recommend that the Service implement the Management Action Plan to address compliance and performance deficiencies identified in the January 2011 internal audit of the Regional Treatment Centres and the Regional Psychiatric Centre in FY 2011-12, and provide an update prior to March 31, 2012.

Use of Physical Restraints

The Office notes with concern that there is an inconsistent understanding of whether the use of physical restraints is a 'reportable' use of force or a clinical intervention. There is, in fact, confusion regarding when a use of force situation begins and ends when it involves the application of physical restraint equipment. This confusion highlights the lack of alignment between security practices and health care interventions in the management of self-injurious behaviour. This situation is troubling for front-line staff who manage



incidents and for those conducting use of force reviews that monitor legal and policy compliance. The Office is concerned that a self-injurious offender can be considered 'compliant' when acquiescing to be placed in physical restraints by several uniformed and heavily equipped correctional officers.

CSC policy should view the use of restraints as an intervention to preserve life and prevent serious bodily injury and not as a medical treatment. Therefore, all such applications should be treated as a 'reportable' use of force subject to applicable policy and procedural safeguards, including video and audio recording during the entire period that restraints are used. As this Office has stated before, placements in Pinel and other physical restraints are exceptional interventions of last resort and should be subject to the most rigorous accountability and monitoring framework possible. Further, instruction to the field should include explicit and unambiguous direction regarding:

1. **The least restrictive form(s) of intervention possible to be used to manage the situation.**
2. **The exceptional use of physical restraints (i.e., they should only be used if an offender presents an immediate and extreme risk of self-injury or injury to others).**
3. **Absolute prohibition against using restraints as a form of punishment or retaliation.**
4. **Restraints applied for the shortest possible period of time.**
5. **Clear and defined periods of assessment, observation and evaluation of an offender while in restraints.**
6. **Clear medical authority to use, maintain or discontinue the use of restraints.**
7. **Appropriate levels of documentation, reporting and monitoring.**

It is troubling to note that CSC auditors found that national and regional direction and oversight is lacking with respect to the frequency and appropriate use of physical restraint equipment in the Treatment Centres. On a number of occasions, the Office has provided its views on these matters only to be informed that revised policy directives are 'under review' or 'being consulted.' It bears reminding that the same compliance issues, governance and accountability problems noted in the January 2011 audit have prevailed since the death of Ashley Smith in October 2007. This situation is simply untenable.

3. I recommend that all placements in physical restraints for health care purposes, effective immediately and without exception, should be considered a 'reportable' use of force. Staff who may be called upon to apply Pinel restraints should receive training with respect to the reporting, monitoring and safe use of this type of restraint device.

Informed Consent and Involuntary Treatment

The Office has previously and extensively reported on the legal, policy and ethical aspects that define informed consent and involuntary treatment in a correctional setting. Our positions on these matters have been clear. We fundamentally disagree with the Service that the use of physical restraints on a 'compliant' inmate does not constitute a 'reportable' use of force. In the correctional setting, 'compliance' and 'consent' should not be considered synonymous. There are three fundamental and expressive elements of valid consent:

1. **Respecting a patient's freedom of choice (including the right to refuse or withdraw from treatment at any time).**

Issues in Focus

Informed Consent in Corrections

- Informed consent to medical treatment is a legally established concept.
- According to section 88 of the *CCRA*, an inmate's consent to treatment is informed consent only if the inmate has been advised of, and has the capacity to, understand
  - (a) the likelihood and degree of improvement, remission, control or cure as a result of the treatment;
  - (b) any significant risk, and the degree thereof, associated with the treatment;
  - (c) any reasonable alternatives to the treatment;
  - (d) the likely effects of refusing the treatment; and
  - (e) the inmate's right to refuse the treatment or withdraw from the treatment at any time.
- Where an inmate does not have the capacity to understand all the matters described in (*a*) to (*e*), the giving of treatment to an inmate shall be governed by the applicable provincial law.

2. **Providing adequate disclosure of information (e.g., diagnosis, nature and purpose of treatment, risks of treatment and treatment alternatives).**
3. **Requiring a professional assessment of a patient's capacity and competence for decision-making.**

When these elements are missing or ignored, compliance is nothing more than coerced acceptance.

It is a concern that basic principles such as informed consent and involuntary treatment are not universally understood, documented or practised in accredited treatment centres, and it suggests the scope of the challenges that CSC faces in meeting professional and community accepted standards.

Lessons Learned

Many of the themes highlighted above capture and distil the lessons learned from individual cases and suggest necessary systemic improvements in the Service's capacity to better integrate security and clinical practices and policies in the management of serious mental health disorders, including chronic self-injurious behaviour. The OCI continues to document cases where the Service has relied on almost continuous use of seclusion and restraints in depriving environments to manage self-injurious behaviour. This approach is inconsistent with research and experience on protective factors for preventing self-injury in prison, which includes less time locked in cell, access to employment, individual counselling, participating in programs and regular contact with family. Engaging in self-injury is first and foremost a mental health, not a security, issue. While often a danger to themselves, in most cases chronic self-injurers are not a danger to others, so relying on security interventions to control or manage the behaviour may actually have the opposite effect.

In an important but still not well understood respect, there appears to be a relationship between conditions of confinement and the propensity for self-injury – the more depriving and restrictive the environment becomes, the more likely for self-injury to occur. Paradoxically, as was the case of one male offender who eventually succumbed to cumulative and catastrophic self-injury, more damage can be inflicted by a restrained inmate than when the behaviour is managed through a combination of de-escalation techniques, individual counselling and clinical treatment. Indeed, in the case of this particular offender, treatment gains were most often observed and consolidated when clinical practices were used to replace near-continuous reliance on physical restraints.

The literature suggests that effective clinical interventions are those that are informed by and address the underlying motivations for self-harming behaviour (often traumatic psychological, physical or sexual abuse) rather than interventions that simply try to momentarily stop it. In that respect, the Office endorses the suggestion of a draft policy revision that "the use of the Pinel Restraint System, in response to active self-injury or as a component of an inter-disciplinary management plan, does not replace efforts to understand the causes of the behaviour. Nor is it intended to be the principle intervention."

It is not clear that the Service acknowledges the relationship between deprivation and seclusion (i.e., conditions of confinement that restrict meaningful intervention, engagement and interaction), use of physical restraints and the propensity for self-injury, even though these appear to be findings emerging from its own research into this phenomenon.[4] It is not without significance that suicide watch, placement in segregation and the use of restraints are often viewed as punitive measures by individuals engaging in self-injurious behaviour.

There is also little doubt that chronic self-injury takes its toll on staff – the Office continues to see cases where chronic self-harmers are transferred to other facilities so that staff may have a respite. In other words, staff stress and fatigue can be factors behind the transfer of a self-injurious offender, and not consideration of the best treatment option or health care needs of offenders. It is recognized that the roles, responsibilities and working conditions of staff must be respected. However, these concerns do not displace CSC legal requirements regarding management of the health needs of offenders. While the primary mandate of correctional officers is safety and security in regard to ill offenders, their activities must occur within a clinically-driven model that recognizes security as an enabler for clinical interventions.

4. I recommend that the Service's Health Care Advisory Committee be engaged to explore models for enhanced oversight and accountability of clinical treatment practices and guidelines for managing self-injury in prisons, inclusive of patient advocacy, use of physical restraints, involuntary treatment and informed consent in a correctional setting.

4 See, for example, *A Comparative Review of Suicide and Self-Injury Investigative Reports in a Canadian Federal Correctional Population*, May 2010, and *Preliminary Results from the Women's Self-Injurious Behaviour Study*, July 2010.

Complex Needs Program and Unit

The Complex Needs Program pilot, a 10-bed unit that was established at the Regional Treatment Centre in the Pacific region in November 2010, is intended as a national resource offering treatment for chronic self-injurious male offenders. While a step in the right direction, in the absence of clear admission and discharge criteria (including provisions for both voluntary and involuntary transfer and consent to treatment), a proven treatment plan and a willingness on the part of all CSC regions to support the pilot by facilitating timely transfers of appropriate cases, it is not at all clear that it will survive intact beyond its 18-month trial status.

The Service's approach to self-injury has been defined as much by promise and pilots as by plans and priorities. It includes seemingly endless revisions to policy, action plans and strategies on a national basis. The activities and research associated with this overall effort, while necessary and important, remain a 'work in progress.'

It seems that a viable national framework that contains three elements for managing self-injurious behaviour – a permanent funding strategy; a proven treatment program/plan supported by clinical research; and a commitment to physical environments conducive to a therapeutic, patient-centred and continuum of care approach – remains as elusive as ever.

5. I recommend – pending the development and evaluation of a proven treatment program at the Complex Needs Program/Unit pilot and permanent funding for its ongoing operation – that the most serious, chronic and complex cases of self-injury in CSC custody be reviewed for immediate transfer to provincial mental health care treatment facilities.

1B Physical Health Care

Special Focus on Elderly Offenders

Life behind bars is not meant to be, nor is it, an easy life. The stress related to imprisonment, coupled with years of difficult and unhealthy living before arriving in prison, can add years to the chronological age of incarcerated individuals. Other stresses – separation from family and friends, the prospect of growing old in confinement, fear and the threat of victimization – account for the fact that an inmate's physiological age may exceed his or her chronological age.

Canadian prisons are increasingly home to greater numbers of the infirm, the impaired and the aging. Treatment of chronic diseases associated with aging – including cancer, emphysema, dementia, diabetes and cardiovascular disease – is becoming more of a concern as the proportion of the older offender population behind bars increases. Treatment for these types of diseases often requires access to outside medical facilities, and many offenders will require palliative care as a result of chronic illness.

The older offender is often a neglected, but significant and growing, segment of the offender population. Today, close to 20% of the federal incarcerated population is aged 50 and over, while 30% of offenders in the community are aged 50 and over.[5] Consistent with the overall 'greying' of the Canadian population, the number of older offenders in federal custody continues to grow annually. In the past decade, there has been more than a 50% increase in the number of older offenders under federal sentence.[6] Reflecting an aging Canadian society, the proportion of older offenders under federal jurisdiction will continue to accumulate in the coming years.[7]

Conditions of Confinement and the Older Offender

The physical design and infrastructure of a typical federal penitentiary do not take account of the needs of aging and elderly offenders. The average age of Canada's federal prison estate is 47 years. In fact, several penitentiaries are designated heritage buildings and five were built between 1835 and 1900. The penitentiaries in operation today were designed for young men and they are not typically very accessible to the mobility or sight-impaired. Physical ambulation and accessibility; independent care and living; palliative care; employment assistance; and vocational programming are some of the issues that older offenders face with respect to the physical conditions and limitations of prison confinement.

Retrofitting institutions with special assistive devices and equipment to meet everyday housing, ambulatory, toileting, bathing and feeding needs for a growing segment of the offender population is an expensive enterprise, especially considering that several federal facilities have already outlived their expected service life. Accommodating a growing proportion of older offenders into already crowded prisons that were designed and built for a younger generation of offenders poses considerable operational challenges, including consideration of age-segregated ranges, palliative care wings and other purpose-built facilities for the older offender.

Offenders with mobility concerns may feel threatened by the general inmate population.[8] Institutions which have designated ranges or units for older offenders are often set apart from the main parts of the prison. This impacts the offender's ability to participate in institutional routines. For some older offenders with mobility impairments, it can be an overwhelming challenge just to access fresh air exercise or participate in yard and other regular social and institutional routines and activities. Physically segregated older offenders may feel isolated, abandoned and marginalized.[9]

As a group, older inmates often have little social status within the prison order. Coupled with diminishing physical strength, they may be more victimized by intimidation, muscling and bullying by younger, stronger and more

5 Most jurisdictions, including CSC, use the 50-year old benchmark to refer to aging, elderly or older offenders. It is generally accepted that the aging process is accelerated by as much as 10 years or more in an institutional (custodial) setting.

6 Public Safety Canada, *Corrections and Conditional Release Statistical Overview: Annual Report 2010.* Ottawa: Public Safety Canada, 2010. See also CSC, *1999-2000 Departmental Performance Report.*

7 Close to 25% of the total offender population is serving a life or indeterminate sentence. The majority of these offenders (close to 3,200 individuals) are incarcerated. Most will eventually be considered 'elderly' before they are even considered eligible to apply for parole.

8 J.J. Krebs, "Inmate-on-Inmate Victimization among Older Male Prisoners," *Crime and Delinquency*, 53(2), 2007, pp.187-218.

9 J.J. Krebs, "A Commentary on Age Segregation for Older Prisoners: Philosophical and Pragmatic Considerations for Correctional Systems," *Criminal Justice Review 34*(1), 2009, pp. 119-139.

aggressive inmates. Younger inmates may act on and exploit ageist attitudes, beliefs and behaviours in the form of taunts, ridicule, humiliation, manipulation, harassment or assaults that ultimately deprive elderly offenders of their safety and security. In general, prison victimization research confirms four key findings:

1. **Older offenders are victimized by younger inmates.**
2. **They feel vulnerable to attack by younger offenders.**
3. **They prefer to live with inmates in their own age bracket.**
4. **They may live in age-segregated protective-custody units.**[10]

These are managerial as well as institutional security and personal safety issues.

Changes in normal prison routines and structure can be especially difficult for older offenders. For example, introduction of CSC's new drug formulary has involved new rules and changes to services, including restricted access to over-the-counter medications, remedies and preparations that previously were routinely provided. Issues related to daily living, pain management and who pays for a wide range of assistive devices required by elderly offenders are more than just cost efficiency or security management concerns. In the prison environment, elderly inmates have very little choice over who attends to their needs, how care is administered or what services are defined as 'essential.'

Programming and the Older Offender

Older offenders have different program needs. Increasing pressures on CSC to deliver correctional programs in a timely fashion (i.e., in advance of parole eligibility dates) results in many offenders with long-term sentences not accessing programs until very late in their sentence. Older offenders may not be considered as high a priority for programming and vocational training as younger inmates. They may not participate as fully or as enthusiastically in programming.

The Service's focus on vocational training, employment and employability – building skills to address a lack of job skills, low educational attainment or motivation – may or may not be relevant to older adults who may be approaching or past retirement age. The structure and content of existing correctional programming may have little relevance to their life status. What meaningful role, for example, does a focus on job market skills and vocational training play for an older offender approaching or beyond retirement age?

While equally deserving of rehabilitation and reintegration, there is often little appropriate activity provided in either regard for older inmates. Studies suggest that aging inmates rarely access existing counselling, educational or vocational prison programs. Many aging offenders simply elect to spend long periods of time locked in their cells during working or programming hours. This is not rehabilitative or productive for anyone.

10 Ibid.

Ensuring the relevance and appropriateness of correctional programming for older offenders is a task that is made more difficult by the fact that some older offenders, because of advancing age, are less competent or able to comprehend, interact and engage in programming that may be aimed at addressing their criminogenic needs. Older offenders often require specific accommodations in order to participate in correctional programming. They may require shorter sessions, enhanced accessibility, assistive aids and even more frequent bathroom breaks. Small changes to the way programming is delivered have the potential to greatly impact participation rates by older offenders. CSC's current program model, primarily focused on 'intensity levels,' may not adequately reflect or appropriately correspond to the needs of older offenders.

Correctional and vocational programming are an important component of an offender's successful reintegration into the community, and ultimately, public safety. But there needs to be an increased focus on the relevance and applicability of correctional and vocational programs for older offenders, as well as accommodations that may be necessary to deliver programs targeted at this increasingly growing segment of the offender population.

Physical and Mental Health Care

Elderly offenders use a disproportionate share of prison health-care services. The physical and mental impacts of aging are hard on the human body. Older inmates have higher rates of both mild and serious health conditions. United States data suggests that older prisoners are, on average, afflicted with three chronic health conditions at any given time. The most commonly reported health problems among older offenders include arthritis, back problems, cardiovascular diseases, endocrine disorders, respiratory diseases, sensory deficits (hearing and vision impairments) and substance abuse problems. Some older offenders find it difficult to maintain normal everyday routines (eating, dressing, hygiene) as a result of ongoing physical impairment.[11]

Mental health concerns impact an older offender's ability to live 'normally' in a prison setting, including their participation in daily institutional routines as well as their ability to live independently and with dignity – eating, dressing and maintaining a regular regimen of personal self-care and hygiene. The most common mental health disorders among elderly offenders are depression, Alzheimer's disease, anxiety and late life schizophrenia and dementia.[12] Offenders that may be suffering from age-related degenerative diseases characterized by memory loss or distorted thinking, such as dementia and/or Alzheimer's, often exhibit behaviours that are considered maladaptive in the correctional setting. Symptoms may include disruptive or difficult behaviour, anxiety, paranoia, major depression, self-injury and/or the refusal/inability to follow prison rules and routines.

11 Victoria Department of Justice, *Growing Old in Prison? A Review of National and International Research on Aging Offenders*, Corrections Research Paper Series, 2010.

12 J. Cox and J. Lawrence, "Planning Services for Elderly Inmates with Mental Illness," *Corrections Today*, June 2010.

Palliative Care

Managing terminally ill offenders consumes a great deal of time and resources and is an expensive and often exhausting endeavour. CSC's *Palliative Care Guidelines* recognize that an offender may have been very ill for an extended period of time and, in most cases, have few ties and supports outside of the prison walls. Release of a terminally ill offender from prison is often complicated by the fact that he/she may have little in the way of community or family supports, especially true in the case of longer serving inmates where primary relationships may be strained or severed altogether. The greatest fear of many longer-serving inmates growing old in prison is that they will die while incarcerated. And sometimes the only 'family' that a dying inmate may have is his own 'peer' group – other inmates.

The Correctional Service attempts to assist offenders in living their remaining time in relative comfort and personal security. It aims to deliver palliative care in a non-judgemental and compassionate manner. That being said, it is clear that relieving suffering and providing end-of-life care presents practical, ethical and moral challenges in a correctional setting. While there are positive, commendable and dignified practices in palliative care occurring in the most inhospitable of places, these are mostly thanks to the local initiative, compassion and effort of committed individual staff members and inmate peers.

Confronting the Past – Facing the Future

For the most part, as a group, the older offender population presents a low risk to reoffend. In general, older prisoners pose limited control problems for correctional authorities – indeed, most research suggests that longer serving older offenders are easier to manage because they are less likely to violate rules or require disciplinary measures. Research has also consistently concluded that age is one of the most significant predictors of future recidivism. Criminal activity peaks in late adolescence or early adulthood and decreases as a person ages. Many older offenders simply "age out" of crime and are much less likely to commit additional crimes after their release.

On the other hand, early release of the terminally ill, bedridden or severely incapacitated elderly offender runs up against other criminal justice goals and priorities, such as denunciation, deterrence and incapacitation. Although severe illness or deteriorating health may cause hardship for individual offenders of advancing age, it does not, in itself, constitute a sufficient reason to grant a conditional pardon or compassionate release.

Notwithstanding, there are ways that the denunciatory aspect of the sentence can be managed while still acting compassionately. There is little doubt that the combined effects of an inadequate prison infrastructure and increased impairment of older offenders will be an area of growing concern in federal corrections. The challenge is to make existing policies and practices more effective and to identify and assess new approaches to managing a population that is expected to grow in federal prisons.

In terms of the way forward, I recommend that:

6. The Service develop a more appropriate range of programming and activities tailored to the older offender, including physical fitness and exercise regimes, as well as other interventions that are responsive to the unique mobility, learning, assistive and independent living needs of the elderly inmate.
7. Where necessary, CSC hire more staff with training and experience in palliative care and gerontology. Sensitivity and awareness training regarding issues affecting older offenders should be added to the training and refresher curriculums of both new and experienced staff.
8. Where new construction is planned, age-related physical and mental impairments should be part of the infrastructure design, and include plans and space for a sufficient number of accessible living arrangements.
9. The Service prepare a national older offender strategy for 2011-12 that includes a geriatric release component as well as enhanced post-release supports.

2 Deaths in Custody

Preventing deaths in custody is challenging work. There are no shortcuts. Even the slightest of errors or omissions – failure to record or communicate a change in an offender's behaviour, for example – can lead to tragic, if unintended, consequences. Despite appropriate policy, a legal duty of care and the best efforts of staff, a prison is not a hospital. Security is always a factor. Managing health care emergencies is complex, precarious and demanding even in the most technologically sophisticated and advanced emergency departments. In a custodial setting, it is all the more complicated by the constant necessity to balance security concerns against a legal duty of care. (OCI – *Final Assessment*, September 2010)

On September 8, 2010, the Office released its fourth and final quarterly assessment of CSC's progress in responding to findings and recommendations from the Office's deaths in custody reports and investigations, including the preventable death of Ashley Smith.[13] The Final Assessment reviewed nine in-custody deaths (including three suicides, four natural deaths) that occurred between April 2008 and April 2010. It reported on a number of areas of continuing challenge and concern:

- Response to medical emergencies
- Sharing of information between clinical and front-line staff
- Monitoring of suicide pre-indicators
- Quality and frequency of security patrols, rounds and counts
- Management of mentally ill offenders
- Quality of internal investigative reports and processes

The issues identified in the *Final Assessment* are not new for CSC. Indeed, all of the factors contributing to the nine deaths had been identified in previous reports and investigations. In completing the quarterly review exercise, the Office stressed the importance of CSC translating findings, recommendations and lessons learned into demonstrable and sustainable progress. The report contained seven summary recommendations, which bear repeating:

1. CSC must develop a comprehensive public accountability and performance framework that demonstrates measurable progress in addressing factors related to preventing deaths in custody.
2. CSC's internal investigative framework must be strengthened. External health care professionals should be appointed to chair reviews of suicide and serious self-injury, and these reports should be made public.
3. A senior management position should be created, responsible for promoting and monitoring safe custody practices.

13 The OCI issued its *Initial Assessment* of CSC's *Response* in September 2009, followed by two other quarterly assessments in December 2009 and March 2010. The OCI's quarterly assessments and CSC's progress reports were publicly posted on each organization's respective websites.

4. The practice of placing mentally ill offenders or those at risk of suicide or serious self-injury in prolonged segregation must stop.
5. The quality of security patrols must be enhanced to ensure rounds and counts are conducted in a manner consistent with preservation of life principles.
6. Twenty-four hour health care at all maximum, medium and multi-level institutions must be provided to facilitate better response and management of medical emergencies.
7. Basic information and instructions for managing offenders at risk of self-injury or suicide should be shared with front-line staff to ensure that effective monitoring, crisis response strategies and prevention protocols are easily and readily accessible.

CSC's Response

The Office began to bring sustained attention to this issue with the public release of its *Deaths in Custody Study* in February 2007. Since that time, the Service has sought to reduce the number of 'non-natural' deaths in custody. The initiative and direction to address the known risks and factors related to preventable deaths in custody is to be commended. Several positive initiatives have been implemented in a concerted effort to preserve life, prevent deaths and reduce self-injury in federal custody:

- Identification of physical infrastructure vulnerabilities linked to deaths in custody, such as cell call buttons, observation sight lines and potential ligature suspension points in cells.
- Installation of Automatic External Defibrillators (AEDs) in all federal correctional institutions.
- Promulgation of new policy direction in the areas of use of force, self-injury, use of restraint equipment and administrative segregation (i.e., need to take into consideration physical and mental health care status to initiate or maintain segregation placements).
- Front-line staff training in the fundamentals of mental health.
- Enhanced drug detection and interdiction.
- Public and internal progress and monitoring reports in preventing deaths in custody (e.g., Corrective Measures and Management Action Plan on Deaths in Custody Reports; *Highlights and Significant Findings in Deaths in Custody* – [summary reports, quarterly bulletins and activity reports]; *Report on Plans and Priorities* – rate of offender deaths by other than natural causes).
- Independent review of the internal inmate complaints and grievance system.
- Annual meetings between CSC and provincial/territorial Chief Coroner and Medical Examiners' Offices.
- Expert reports and recommendations addressing long-term segregation of mentally ill offenders.
- Creation of an Independent Review Group to assess corrective measures initiated in response to various deaths in custody reports and investigations.
- Convening of a field verification audit assessing CSC progress on key commitments relating to deaths in custody.
- Quarterly simulations of emergency response protocols (e.g., suicide attempts, overdoses, medical distress, self injury) at medium and maximum security institutions.
- Roll-out of dynamic security refresher training.

These are important and significant undertakings. Many of them have come at the urging and support of this Office. Several initiatives can be directly traced to concerns identified in the OCI's investigation and report of Ashley Smith's death in October 2007. In fact, the sustained media coverage that has followed Ashley's case has focused significant national attention on mental health and corrections issues with most expert and public opinion converging on the point that prison is not the right place to treat individuals with mental health concerns. There can be little doubt that intense public scrutiny following Ashley's death has influenced the Service's response to deaths in custody. Across the Service, there is much more awareness and sensitivity to the factors that contribute to deaths in custody and of the necessity to vigilantly monitor inmates with mental health problems and other vulnerable groups inside federal correctional facilities.

It is encouraging to see a sustained focus on this issue. Although the number of in-custody deaths fluctuates annually, overdose deaths and suicides are showing year-on-year declines, as are the numbers of natural cause deaths. At the same time, it is concerning that there were five inmate murders in FY 2010-11, representing the highest number of homicides recorded in CSC facilities since 2003-04. One inmate also died of gunshot wounds from shots fired by Correctional Officers during an incident at a maximum security facility in October 2010. Significantly, the last time that an inmate died in federal custody as a result of a lethal response by CSC was 1984.

While it is important to recognize the many commendable initiatives at the local, regional and national levels, there is still much work yet to be done. For example, there are no national standards or policy guidelines to direct staff in designating enhanced monitoring status for potentially suicidal offenders. There is no standard method of documenting that mental and physical health status has been reviewed and considered in 24-hour segregation reviews, and physical infrastructure in many segregation units is simply inadequate to provide for effective mental health interventions.

Issues in Focus

Deaths in Custody

Based on a review of Coroner and Medical Examiner records of 388 deaths in custody that occurred between 2000-2009 in the provinces of Alberta, British Columbia and Ontario, findings from a research report (Winterdyk and Antonowicz, in press) commissioned by the OCI indicate:

Location of Death

- Offenders in federal institutions were found to be more at risk of dying in custody than those placed in provincial institutions.

Average Age and Cause of Death

- At time of death, the average offender was 44.55 years of age.
- Offenders that committed suicide were younger, averaging 36.71 years of age.
- The most common cause of death was natural causes, making up 46.65% of the cases.
- Accidental deaths and suicides accounted for 20.36% and 20.10% of deaths, respectively.
- Homicides accounted for 4.9 % of deaths in custody.

Substance Abuse and Prior Medical Conditions

- Drug or alcohol abuse was listed as the primary cause of death in 36.6% of deaths in custody.
- Of those deaths, 21.1% had a history of intravenous drug use.
- Of the 388 deaths that occurred over this period, 62.1% of individuals had known medical problems. Of these:
  - 23.2% had 'drug-related medical problems'
  - 22.9% had 'mental health problems'
  - 19.3% had 'multiple medical problems'
  - 5.7% had 'multiple diagnoses' of mental health disorders.

Issues in Focus

In-Cell Emergency Call Alarms

In-cell emergency call alarms save lives. Seconds count when staff are responding to a life-threatening situation. In an emergency, an offender in medical distress or otherwise physically or mentally incapacitated cannot be reasonably expected to walk to a common area to press a call button in order to contact the patrol post.

For these reasons, following a visit to a medium security institution where an Investigator noted that cell alarms were not installed on a particular living unit, the Office called on the Service to provide for the installation of emergency call alarms in existing medium security facilities and as a required design standard in the future expansion of living units at this security level. While retrofitting existing facilities poses additional cost and infrastructure challenges, the Service agreed with the OCI's position, resulting in a commitment that cell call alarms will be installed in all future construction of medium security living units.

Further movement is still required in CSC's overall approach to preventing deaths in custody:

- **Inmates with mental health issues in long-term administrative segregation (beyond 60 days) are not independently and expertly monitored.**
- **There are not enough practical alternatives, such as intermediate mental health care units, to end the practice of housing offenders with mental health problems in long-term segregation.**
- **24 hour on-site health care support is not available in all medium, maximum and multi-level CSC institutions.**
- **Chronic self-harming offenders with serious mental health issues are still subject to a disproportionate number of involuntary placements in segregation and institutional charges.**
- **National Boards of Investigation involving incidents of suicide and serious self-injury are not required to be chaired by independent mental health professionals or be released to the public.**
- **The capacity to bring sustained effort, focus and performance monitoring together in one person (e.g., a senior management position responsible for promoting and ensuring Safe Custody practices) is lacking.**

On this final point, the CSC responded that it was not supportive of this specific recommendation on the basis that Safe Custody is the "responsibility of all operational management positions at the local, regional and national level." However, in a situation where everyone is said to be responsible no-one may ever be held accountable.

Public Reporting

In last year's Annual Report, the Office called upon the Service to publicly release its Performance Accountability Framework to Reduce Preventable Deaths in Custody in order that progress could be monitored and assessed on an annual basis. In its response to the *Final Assessment*, the Service indicated that it had developed a *Performance Management Strategy* designed to "implement a cogent and coherent approach to reducing the number of deaths in custody and to be able to measure the impact of that approach." The *Strategy* intends to track in-custody deaths by four major causes (suicide, homicide, accidental, natural), as well as monitor other relevant factors and sectors of activity, including mental health, security, safety and health initiatives.

While supportive of this effort, the strategy needs to go beyond simply recording the number, cause, type and other "tombstone" data (age, gender, and race) at time of death – it needs to do more than collect numbers. It should have the capacity to capture, monitor and analyze performance measures, trends and indicators that over time contribute to the intended result – a reduction in deaths. The number of deaths in custody are already publicly available – what is required is an *accountability framework* that commits the Service to regular public reporting on progress that is being made in reducing suicides, homicides, overdoses, natural cause deaths and self-injury cases in federal prisons. This is the difference between accounting and an accountability framework.

10. I recommend that CSC make its performance strategy for preventing deaths in custody public and annually report against clear performance indicators, as per the Office's recommendations contained in the Quarterly Reporting exercise.

Verification Review and Independent Review Committee

The extent to which there is room for improvement in CSC's effort to reduce deaths in custody is conveyed in two assessments that were made available to our Office during the reporting period. The first report – *Verification of Progress: Correctional Service of Canada Key Commitments Relating to Deaths in Custody* – examined 11 select medium and maximum security sites across the country. This internal verification exercise was conducted to determine the extent to which national commitments and policy direction consistent with preventing deaths in custody had been implemented at the operational level. The verification team examined six broad areas of activity – administrative segregation, security, mental health, policy, grievances and resources – and reported in May 2010.

The second initiative – *Final Report of the Independent Review Committee into Deaths in Custody: 2009-2010* – submitted its findings in mid-February 2011. As the assessors write: "The idea behind the Independent Review Committee is to benefit from the experience of independent experts and observers who might be able to identify ideas and options for improvement that may not be apparent to those within the organization." This

Committee was mandated to review all non-natural deaths (e.g., suicides, homicides, drug-related deaths) that occurred in CSC institutions during 2009-10, including the appropriateness and adequacy of the corrective measures initiated by CSC.

While the two initiatives differed in terms of their respective mandates, reporting structures, terms of reference and composition (e.g., internal vs. external members), there are a number of common findings, conclusions and recommendations. Both reports cite concerns regarding dynamic security, especially the quality of security patrols, rounds and counts in conducting verifiable live-body counts, ensuring a visible staff presence and maintaining ongoing interaction with inmates. For example, the verification team reported that the trend is towards front-line staff being primarily focused on security issues with increasingly less involvement in inmate interaction and intervention. Security is seen to take precedence over other interventions and activities. While staff was observed to perform its daily static security functions (e.g., pat downs and frisk searches, surveillance and indirect observation) in a professional manner, interaction with offenders was often limited to giving orders and receiving responses. Between rounds and counts and other functions, correctional officers were often observed to congregate in control posts, behind desks or counters. The verification team concluded its report in this way:

> *The Review Team was impressed by the quality of the work and the efforts the CSC is dedicating towards a complex correctional agenda and keeping all priorities, including deaths in custody at the forefront. The Review Team cannot be absolutely conclusive that the CSC can always prevent deaths in custody. We can conclude, however, that the CSC has conscientiously provided all institutions with the equipment, the systems and processes to respond to the physical distress of an inmate or for inmates to request help with their physical or mental health needs if they so choose. The larger challenge in regards to deaths in custody is that the number of inmates with mental health issues is increasing.*

For its part, the Independent Review Committee noted security rounds and patrols were often conducted so quickly that their quality was compromised, leading to failures to assure a live-body count. As the Office reported in its *Final Assessment*, there are often significant delays between the time a medical emergency is discovered and life-saving measures are initiated. Similarly, the Committee also noted the need for improvement in CSC's internal process of investigating deaths in custody (which has been the subject of previous comment by this Office). The report made the following observations:

- **The length of time elapsed between the incident that led to the death and the completion of the internal investigation process averaged 231 days.**
- **Of the 20 deaths that were reviewed by the Committee and internally investigated only 10 contained recommendations.**

- **All 10 suicide victims had a previous history of self-harm and of attempts to take their life.[14] All had difficulties in relation to mental health. Four of the suicide victims were serving sentences of either two or three years.**
- **While the internal investigative findings often indicated poor or non-compliant staff performance, there did not appear to be any significant disciplinary consequences.**

The Committee was sceptical whether investigating individual incidents after the fact and focusing on compliance versus performance was the best way to learn from and prevent death-in-custody events. While much attention is focused on process, less is paid to learning from outcomes.

11. I recommend that CSC make its response to the reports of the Verification Team and the Independent Review Committee public and provide annual updates on progress made against recommendations.

Mortality Review Exercise

While the focus of CSC's efforts have been on 'non-natural' deaths, the OCI continues to raise concerns about the appropriateness and adequacy of CSC's review of so-called "natural" deaths (e.g., those deaths that may be expected or anticipated). In last year's Annual Report, the Office raised substantive accountability and procedural gaps regarding the *Mortality Review Process (MRP)*, an alternative investigative process that the Service uses to review deaths resulting from natural causes. Our concerns reflect the fact that even a so-called 'alternative' process must meet section 19 requirements of the *CCRA*, and therefore satisfy basic principles of independence, credibility and oversight.

In response to the recommendation that the *Mortality Review* exercise be suspended until such time as its guidelines can be independently and expertly validated, the Service replied that it was satisfied that the process was sufficiently rigorous and formal enough to meet Section 19 provisions of the *CCRA* and that *no further action* is required. The Office continues to hold an opposite view, especially with respect to case preparation and support of terminally ill offenders who may be considered for 'release by exception' on compassionate grounds.

12. Pursuant to section 180 of the *CCRA*, I recommend that the Minister of Public Safety direct the Service to immediately suspend the *Mortality Review* exercise until such time as the *Guidelines* can be independently and expertly validated to meet requirements of the legislation. In the interests of transparency and accountability, the results of this review should be made public.
13. Until the *Mortality Review Process* is validated, I recommend that an external medical doctor review all natural in-custody deaths and independently report his/her findings and recommendations to the Commissioner of Corrections.

14 There were 9 suicide deaths in FY 2009-10. One other death was identified as an overdose at autopsy. The overdose death was included as a 'suicide' in the Review Committee's report.

Natural Deaths – 'Compassionate Release'

Paragraph 102 of Commissioner's Directive 712-1 *Pre-Release Decision Making* requires case management staff to "consider all release options for offenders who are terminally ill or otherwise meet any of the criteria identified in section 121 of the *CCRA* at the earliest possible time." In practice, 'compassionate release' of a terminally ill offender to the community to be cared for by his or her family, or to die with dignity, is rare. The criteria to satisfy 'release by exception' under the *CCRA* or conditional pardon under the *Royal Prerogative of Mercy* are basically the same, but they are exceptionally difficult. Even the most deserving of cases can be discouraged from applying – the referral and review process is complicated and lengthy, and the criteria have been further narrowed over the years to leave little room for discretion or compassion.

The Office recently investigated a case in which a terminally ill offender was approaching his Statutory Release date, but he was not supported for compassionate release on the basis that his release to the community was already imminent and that there was not sufficient expert evidence to attest to his palliative condition. The Office's experience is that it may be problematic for an institutional physician or medical expert to attest, in writing, how much time a terminally ill offender may have left to live. However, such is the burden and threshold of "clearly supported medical evidence" that this attestation must be given before the Parole Board can even consider granting a release by exception. In 2008, the Parole Board of Canada received 21 *Royal Prerogative of Mercy* requests and none were granted. In the last five years, there have been 22 'parole by exception' applications received by the Parole Board. Twelve were granted.

Notwithstanding these low referral and grant rates, the Office continues to see cases where the nature and circumstances of the offender's terminal illness would seemingly fit the 'parole by exception' criteria, but the applications were not considered, supported or prepared as diligently as they could be. The fact of the matter is that releases of inmates to die with dignity in the community are too often dismissed on technical and procedural grounds. The result is that a number of very ill offenders suffering from a life-threatening, non-curable illness are dying in federal penitentiaries, sometimes in very tragic and less than dignified conditions. Managing end of life in prison can be an emotionally trying and exhausting experience that also has impacts on staff.

14. I recommend that the Service's practices and procedures for preparing terminally ill offenders for 'release by exception' consideration be independently reviewed to ensure CSC standards are being met and that cases are being prepared with appropriate diligence, rigour and timeliness.

Issues in Focus

Release by Exception and Royal Prerogative of Mercy

Release by Exception

Under section 121 of the CCRA, parole may be granted, in exceptional cases, to an offender:

(a) Who is terminally ill.

(b) Whose physical or mental health is likely to suffer serious damage if he/she continues to be held in confinement.

(c) For whom continued confinement would constitute an excessive hardship that was not foreseeable at the time of sentencing.

This provision does not apply to offenders serving a life sentence or an indeterminate sentence.

Royal Prerogative of Mercy

Under the Criminal Code, the Royal Prerogative of Mercy is exercised by the Governor General or the Governor in Council (e.g., federal Cabinet) upon recommendation from the Minister of Public Safety or at least one other Minister. It is an exceptional provision that allows for a life-sentenced offender with a terminal illness to be considered for a conditional pardon and release to the community.

According to Parole Board criteria, there must exist "substantial evidence of excessive inequity, substantial injustice or undue hardship which would be out of proportion to the nature and seriousness of the offence and the resulting consequences."

Release by Exception and the *Royal Prerogative of Mercy* are exceptional remedies, used under the most exceptional of circumstances and reserved only for the most deserving cases.

3 Conditions of Confinement

Kent Investigation and Report – A Dangerous Use of Firearms

In last year's Annual Report, the Office provided preliminary details on an exceptional search of a maximum security institution that generated 379 separate uses of force incidents over a ten-day period. It was noted that the events were the subject of an ongoing investigation by the Office. In March 2011, the Office completed its investigation and published its findings in a report entitled *Unauthorized Force: An Investigation into the Dangerous Use of Firearms at Kent Institution between January 8 and January 18, 2010.*

The *Kent Report* involved a substantive investment of the Office's investigative, research and policy resources. Its findings are troubling and indicate systemic weaknesses in a number of critical areas:

> *What happened at Kent Institution amounts to an abuse of correctional power and authority, systemic breakdowns in management accountability and oversight, gaps in use of force review and reporting procedures, deterioration in dynamic security practices and principles, and violations of human rights law and policy. These are significant deficiencies that increasingly call into question the effectiveness of CSC's internal use of force review process.*

The report noted failings within CSC's use of force review procedures, as well as the accountability mechanisms that allow for reasonable and legal uses of force in federal corrections. Only two recommendations were made:

i.) The Service should commission an expert and independent review of its legal, policy and administrative frameworks governing use of force interventions in federal penitentiaries. This review should identify gaps and deficiencies in the use of force review process and include recommended measures to strengthen accountability, monitoring, oversight and corrective functions at the regional and national levels.

ii.) In the interests of transparency, the Service should make its response to this investigative report public in the form of an action plan provided to the Minister of Public Safety and posted on its website within six months from March 21, 2011.

In light of the Service's public commitments that accompanied its response to the *Kent Report*, the Office is encouraged that long-required reforms to strengthen the overall rigour, quality and priority of use force review and reporting procedures at the institutional, regional and national levels will be initiated and implemented in the coming reporting year. The Office is particularly encouraged by the Commissioner's commitment that the display of a weapon will again be treated as a 'reportable' incident, although we remain

concerned by the fact that use of force incidents, particularly the use of chemical and inflammatory agents, are increasing even as the Service seeks to streamline its use of force review procedures.[15] The OCI looks forward to ensuring all commitments in response to the *Kent Report* are fully and transparently honoured.

Issues in Focus

CSC Commitments in Response to Kent Investigation

March 11, 2011

Commitment	Completion Date
1. Regional Deputy Commissioner Pacific to provide a full accounting of the management of the s. 53, lessons learned and action plans created at an upcoming ExCom meeting.	April 2011
2. RDC Pacific to review her previous decisions regarding the issuing of accountability letters and to minimally ensure there are performance expectation letters issued to appropriate staff/managers.	May 2011
3. Amend CD 567-5 Use of Firearms and CD 568-1 Recording and Reporting of Security Incidents to ensure that the displaying of a weapon is considered a reportable incident under Commissioner's Directive.	June 2011
4. A full "change of command" assessment/review will be conducted at Kent as part of the process of installing a new Warden at the institution. This will assist in identifying any residual issues or any other issues that the new Warden must focus on when he takes command of the facility.	June 2011
5. Review of the processes associated with section 53 searches to ensure more rigour around the post search reports.	June 2011
6. All institutions will review their current contingency plans to ensure they are consistent with existing national emergency management policy, with a further review/update to occur if required following the review identified in point 1 above.	June 2011
7. Review how CSC HQ levels can conduct in an expedited manner the review of situations of use of force to ensure compliance with policy, and to identify and mitigate organizational risk.	September 2011
8. Review CSC's use of force model and associated governance structure using a team of both internal and external experts.	September 2011
9. CSC will make available our reports and action plans for public access through the CSC or OCI website at the conclusion of the above actions.	October 2011

15 CSC reported 998 uses of force incidents in 2007-08 and 1,372 incidents in 2009-10, representing a 37% increase over this time period. Inflammatory and chemical agents were deployed in 522 uses of force incidents in 2009-10, accounting for 39% of all interventions. These agents are now standard issue in maximum, medium and multi-level institutions. As of May 2011, "removing a chemical or inflammatory agent from its holster and displaying it at an individual(s) is considered a use of force."

Impacts of Crowding – Federal Corrections by the Numbers

According to CSC, the federal offender population will increase by approximately 3,400 inmates by 2013. In the next three years, CSC is investing over $600M in new capital projects, which includes adding 2,500 new beds at over 30 existing facilities. Along with rising offender populations, CSC's budget will increase by 21% (or $521M) to $2.98B in FY 2011-12. The Correctional Officer group is expected to increase by over 1,300 employees in FY 2010-11.

Despite single cell occupancy being the stated policy, currently approximately 13% of the total inmate population is 'double-bunked' (i.e., more than one inmate accommodated in a cell designed for one person). CSC estimates that the number of double-bunked offenders will increase to 30% of the overall inmate population in the next three years before new construction can provide any substantive relief. The situation is particularly acute in the regional assessment/reception units, with double-bunking rates already exceeding 60% in some facilities. The Prairies region reports the highest use of double-bunking in the country – with a rate approaching 20%, followed by Ontario at around 14%.

Prison crowding is linked to increased levels of institutional violence and unrest and may be a contributing factor to higher incidences of disease transmission and infection rates in federal penitentiaries. There are growing concerns regarding incompatible inmates and other population management issues, including the influence of gangs, drugs and extortion. The Office is aware of at least one homicide during the reporting period that appears to be the result of an incompatible cell assignment. In FY 2010-11, CSC reported 19,769 security incidents, of which 1,258 required a use of force to manage.

We know that there are a growing number of vulnerable individuals behind bars. The mentally and physically ill, the aged, religious and ethnic minorities, those with alternate sexuality, the poorly educated and the brain-injured all have unique and complex sets of needs in terms of providing appropriate, safe and secure accommodation and custody. Prison crowding impacts individuals and groups differently, but the general effects are felt with respect to accessibility to correctional programs, availability of mental and physical health services and less safe conditions of confinement in federal penitentiaries. This situation jeopardizes both staff and inmate safety and prevents effective correctional practice.

Double-Bunking in Segregation

In July 2010, the Office became aware that an institution in the Prairies region was double-bunking offenders in one of its segregation ranges. This is a troubling development in federal corrections, as this practice is particularly unsafe, contrary to human dignity, inconsistent with CSC's accommodation policy and, quite likely, a violation of international human rights detention standards.

According to the Commissioner of Corrections – who was required to approve the double-bunking exemption as an emergency procedure – "double-bunking in these circumstances is an action of absolute last resort and all alternatives must be exhausted beforehand. Should no other option exist in an emergency situation and double bunking in administrative segregation is deemed necessary, the goal is to return the offenders to single occupancy as expediently as possible." This correspondence closed with the statement that "the Service's position is that single accommodation is the most appropriate means of meeting the housing needs of offenders" and that the Service is "taking aggressive measures to ensure this temporary situation is resolved."

By all indications, the factors contributing to rising correctional populations appear far from temporary, and, to be fair, are largely outside the control of CSC. However, given high rates of mental illness, drug addiction, violence and criminal gang membership, it is difficult to see how double-bunking, in either general population or segregation, can be viewed as correctionally appropriate or a sustainable solution to population pressures in either the short or medium terms.

The OCI is aware that the Commissioner's Directive on Inmate Accommodation is being reviewed and updated. This is an opportune time to lay down some important policy markers that will guide the Service in managing the expected surge in population at current cell capacity levels over the next couple of years.

15. I recommend that the revised 'Commissioner's Directive on Inmate Accommodation' contain:

    i. An explicit and express prohibition against double-bunking in all segregation settings, segregation-like settings and the Secure Units for women.

    ii. Specific instruction that double-bunking assignments must be signed and approved by the Warden and reviewed by regional authorities on a quarterly basis.

    iii. Exemptions to use non-purpose built space for inmate accommodation on a temporary or emergency basis must be approved by the Commissioner of Corrections and include a plan to return the space to its intended use within a defined time-frame.

Long-Term Segregation and Mental Health

The negative effects of long-term segregation (i.e., solitary confinement) on mental health functioning are well documented. *A Sourcebook on Solitary Confinement* (2008)[16] cites a number of research studies which suggests that between one-third and as many as 90% of prisoners experience some adverse symptoms in solitary confinement – insomnia, confusion, feelings of hopelessness and despair, hallucinations, distorted perceptions and psychosis. In any given year, there are approximately 7,500 individual segregation placements in federal prisons. In 2009-10, 16% of these placements involved durations exceeding 120 days.[17] The precise number of offenders with mental health

16 Sharon Shalev, *A Sourcebook on Solitary Confinement*, Mannheim Centre for Criminology, London, 2008.

17 *Corrections and Conditional Release Statistical Overview: Annual Report 2010*. Public Safety Canada, 2010.

concerns held in long-term segregation is not known, as the Service does not routinely collect this information. The Office has denounced this use of segregation as unsafe and has called on the Service to end it.

16. I recommend that the Service audit compliance with its legal obligation to ensure that mental health considerations are taken into account – and documented – in a decision to initiate or maintain segregation placements.

Segregation by any other Name

In last year's Annual Report, the Office made a recommendation for the Minister of Public Safety to direct the CSC to conduct an immediate review of all inmates in segregation-like units to ensure they are provided the same legislated protections and access to programs afforded to the general inmate population. The Office's concern in this matter arises as an increasing number of special 'temporary' units are being used to accommodate (effectively segregate) groups of offenders who, though not meeting the legal criteria for segregation, are nonetheless held in conditions of confinement that replicate or approach that of administrative segregation. The problem is that these units do not generally observe the same procedural, review and monitoring safeguards that legally govern administrative segregation placements.

In its response to our recommendation, the Office understands that the Service is developing a framework for "temporary" housing units and that a working group has been established with a mandate to draft a policy document for consultation purposes. While the OCI acknowledges this effort – and notwithstanding the challenges associated with safely managing a diverse range of sub-populations, all with varying needs and risk profiles – we would again remind the Service that the law recognizes only two populations: general population and administrative segregation. Technically speaking, all other 'temporary' units that have proliferated since the late 1990s amount to 'segregation by any other name,' and, in effect, run contrary to what the law directs. The Service is encouraged to make substantive head-way on this issue in the coming year.

Informal Resolution of Offender Complaints and Grievances

Timely and fair resolution of inmate grievances is a key component of an effective correctional system. CSC has reported a noticeable rise in the volume of offender complaints and grievances for the top five subject categories (see Table), rising from a total of 20,823 in FY 2007-08 to 28,263 in 2009-10. This represents a 36% increase in the most grieved areas over two years.

These areas of complaint broadly reflect OCI experience. Indeed, many of the top grieved subjects correspond to topics and priorities that the Office has reported upon in recent years:

- **General 'hardening' of the conditions of confinement.**
- **Declining quality of dynamic security and staff-offender interactions.**
- **Inconsistent quality of and accessibility to health care services.**
- **Access to programming.**
- **Restrictions on group privileges and individual rights.**

Issues in Focus

Offender Complaints and Grievances

FY 2009-10 Top 5 Subjects	Increase since 2007-08
1. Conditions and Routine	+23.1%
2. Interaction	+112.2%
3. Health	+37.5%
4. Programs and Pay	+18.4%
5. Visits and Leisure	+33.8%

Source: Correctional Service Canada, Corporate Reporting System.

The offender complaints and grievance system is an important barometer for gauging the experience of the inmate population. Just as important, the internal redress system provides management with tools, data and an opportunity for analysis of emerging trends and issues of concern and suggests both best practices and areas for improvement. One of the best practices that emerge from the analysis of trends in inmate grievance activity centres on the use of designated Mediators and/or Grievance Coordinators and Clerks within CSC facilities. CSC's own analysis suggests that it should commit more resources to the resolution of complaints and grievances at the institutional level:

1. Institutions with mediators appear to reflect an improved percentage of complaints and grievances resolved at the lowest level.
2. Institutions that retain a Grievance Coordinator for more than one year appear to process complaints and grievances more efficiently and at a higher rate.
3. Institutional Heads who place a high importance on the Offender Complaint and Grievance Process appear to reflect a higher percentage of resolved complaints/grievances and a lower percentage of overdue complaints.
4. Sufficient resources at the institutional and regional levels of the redress process can result in a substantial reduction in delays.

These best practices are independently verified in a recent external review of CSC's offender complaints and grievance process, which was submitted to the Service in July 2010.[18] Indeed, the expert reviewer reached many of the same conclusions: the importance of resolving complaints at the lowest levels; the need for offender involvement; and the use of dedicated staffing resources and models for effective and timely redress. Key recommendations put forward in the external review of CSC's internal redress system include:

18 *Report of External Review of Correctional Service of Canada Offender Complaints and Grievance Process*, July 13, 2010.

1. That there be a designated Mediator appointed at management level at every maximum and medium security institution.
2. That there be a Grievance Coordinator at every institution, appointed at an appropriate level of seniority, and, where numbers and complaint volume warrant it, a Grievance Clerk.
3. All institutions should appoint at least one Inmate Grievance Clerk to provide information about the redress process to assist offenders to resolve issues informally.
4. CSC should place greater emphasis on the internal redress system in new employee training and provide ongoing and refresher training for both employees and management.

Recognizing the increasing volume of legitimate offender complaints and grievances, the noted deficiencies in providing timely access to and resolution of inmate complaints and in light of the growing backlog in grievances that exists in some regions of CSC:[19]

17. I recommend CSC implement recommendations contained in the 'Report of External Review of Correctional Service of Canada Offender Complaints and Grievance Process' and move forward immediately with the introduction of Grievance Coordinators and Mediators at all medium, maximum and multi-level institutions.

19 CSC administers an inmate complaint and grievance system that includes institutional, regional and national levels of redress (and appeal). In April 2011, the Quebec region accounted for approximately 80% of the overall backlog in second level (regional) grievances across CSC, amounting to over 2,000 individual grievances.

Access to Programs

4

Timely access to correctional programming is a key and determining factor in establishing whether and at what point in the sentence an offender is eligible to be considered for conditional release. Safe and timely release relies on quality and active case management interventions. It includes a correctional plan that is accurate, complete and responsive to addressing needs associated with criminality. Behavioural and programmatic objectives, clearly specified in the correctional plan, are intended to inform correctional and parole authorities of an offender's progress and potential for safe reintegration. The overall performance indicators in this area of corrections – including the capacity of CSC to deliver required correctional programs in a timely and effective manner – are not very encouraging:

- **Federal day and full parole grant rates are decreasing annually, and are now at their lowest levels in a decade.**
- **Close to 53% of all offenders are now released on statutory release as the first release type on sentence, or when they reach the two-thirds point of their sentence.**
- **An increasing number of offenders never appear before Parole Board Canada. The proportion of federal full parole pre-release decisions delayed (postponed, and adjourned) or cancelled (waived or withdrawn) stands at over 60%.[20]**
- **The federal parole grant rate for Aboriginal offenders in 2009-10 was 23.7%, compared with 43.4% for non-Aboriginal offenders.**
- **The number of offenders granted temporary absences (escorted and unescorted temporary absences and work releases) are at their lowest levels in a decade. The number of offenders receiving work releases has decreased by almost 70% since 2000-01.**
- **In 2009-10, there were 9,207 offenders required to participate in nationally recognized programs as per their correctional plan. 5,539 actually participated.[21]**
- **In FY 2009-10, there were 22,508 enrolments/assessments in all CSC programs (includes correctional, educational, substance abuse) and 12,396 completions.**
- **In 2009-10, CSC allocated $42.6M to nationally recognized correctional programs. This represented 1.8% of total planned spending for FY 2009-10.**

From research and experience, we know that when correctional programs are properly targeted and sequenced, well-implemented and delivered to meet earliest parole eligibility dates they can reduce recidivism, save money in the long run and enhance public safety. According to CSC research, on average, every dollar spent on correctional programming returns four dollars in saved incarceration

20 T. Beauchamp, T. Cabana, K. Emono, and S. Bottos, *Waivers, Postponements and Withdrawals: Offenders, Parole Officers and National Parole Board Perspectives*, Ottawa: CSC, 2009.

21 CSC response to Parliamentary Order Q-472, October 19, 2010.

costs. Correctional programming interventions that work are:

- Based on empirically supported models of behavioural change;
- Founded on Risk-Need-Responsivity principles (R-N-R);[22]
- Focused on dynamic (changeable) factors related to criminal behaviour;
- Geared to the learning style and personality of the offender;
- Monitored, evaluated and accredited; and
- Implemented by well-trained, dedicated program staff.

Research suggests that there is upwards of 60% reduction in recidivism when all these features are present.

Integrated Correctional Program Model (ICPM)

With the introduction of its Integrated Correctional Programming Model (ICPM), CSC has embarked on an ambitious overhaul of its traditional approach to correctional programming. The Service began piloting the ICPM at all male institutions in the Pacific Region in January 2010. It has since expanded the pilot to the Atlantic Region. The ICPM consists of three distinct and comprehensive correctional programs – a Multi-Target program, a Sex Offender program and an Aboriginal-specific program – and includes an institutional and community maintenance component. The ICPM seeks to deliver a range of ascribed benefits by:

- **Initiating correctional interventions earlier in the sentence (timelier access to correctional programming);**

- **Streamlining program content and reducing the overall number of correctional programs offered (reducing costs and repetition);**
- **Better linking institutional and community interventions (providing a 'continuum of care' from admission to reintegration); and**
- **Making program content more relevant and accessible to offenders (introducing simpler language, concepts and content).**

The ICPM intends to respond to a number of challenges currently impacting the delivery, accessibility and management of correctional programming, some of which are alluded to at the start of this section. Currently, 50% of all new male admissions to federal corrections are serving a sentence of less than three years. According to an internal information paper, the overall goal of the ICPM is to enhance the Service's capacity to "engage more offenders in the right programming at the right time." In moving from the existing 'multi-program' model to what is called the 'next generation' of programming, the Service hopes to

22 See, for example, Jim Bonta and Don Andrews, *Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation*, Public Safety Canada, 2007. According to the authors: 1) the *risk principle* asserts that criminal behaviour can be reliably predicted and that treatment should focus on the higher risk offenders; 2) the *need principle* highlights the importance of criminogenic needs in the design and delivery of treatment; and 3) the *responsivity principle* describes how the treatment should be provided.

improve correctional outcomes by better targeting risk and needs and eliminating programming redundancies. In so doing, resources can be better diverted from lower to higher risk offenders.

In theory, the ICPM presents as a reasonable and pragmatic response to a set of internal and external circumstances – ongoing financial and human resource pressures, declining day and full parole grant rates, a more complex offender profile (including a trend toward short sentences) and limitations in the current 'multi'-program delivery model.[23] Although the ICPM is slated to be evaluated by CSC's Research Branch prior to full implementation, the pilot has already been expanded to the Atlantic Region and appears to be on a 'fast-track' implementation cycle, without benefit of a full evaluation or validated performance indicators.

There is considerable internal and external pressure on the Service to deliver correctional interventions that are timely, efficient, credible, relevant and accessible. Parole Board Canada, for example, demands assurances that offenders have been properly and appropriately prepared to lead a law-abiding life upon release. To grant parole, the Board must have confidence in the quality of the correctional programs that are offered to inmates. In that respect, there are concerns regarding the pilot's emphasis on reducing/collapsing a number of previously separate and discrete programs (e.g., substance abuse, violence prevention or anger management – into a 'one-size-fits-all' intervention).

Consistent with the push to identify and eliminate program redundancies, the Service's *Violence Prevention Program* and its Aboriginal-specific *In-Search of Your Warrior Program* have been replaced in regions where the ICPM is being piloted. These 'efficiencies' follow an earlier move that eliminated low intensity sex offender programming across the Service. Furthermore, under the ICPM model, time spent in programming is dramatically reduced – in some cases, by a factor of three. In short, there is therefore room to be both cautious and optimistic about the ICPM pilot and its expansion to other regions.

18. I recommended that the ICPM pilot be independently reviewed and expertly evaluated in the next fiscal year on the basis of clear performance and outcome indicators and that the results of this review should be shared with Parole Board Canada and made public. Aboriginal specific programming should be maintained until the evaluation is complete.

23 CSC currently has a roster of 64 types of nationally recognized correctional programs, including a number of distinct correctional programs for Aboriginal, women offender and ICPM programs. 'Core' correction programs include Sex Offender Programs; Substance Abuse Programs; Violence Prevention Programs; Family Violence Programs; Living Skills Programs; Aboriginal Programs; Women Offender Programs and Maintenance Programs.

5 Aboriginal Issues

Training in *Gladue* Principles

In last year's Annual Report, the Office recommended integration of 'Gladue principles' in federal correctional decisions affecting the retained rights and liberties of Aboriginal offenders, such as segregation placements, involuntary transfers, access to programming, custody rating, penitentiary placements, access to the community and conditional release planning. The Office noted that revised CSC policy offers a fairly expansive interpretation of Gladue factors, including: effects of the residential school system; impacts of community fragmentation, dislocation and dispossession; family histories of suicide, alcohol abuse and victimization; and loss of cultural/spiritual identity.[24]

The OCI is encouraged that during the reporting period the Service engaged external expertise to provide training on the application of *Gladue* principles at select operational sites and that an evaluation of this initiative will also be conducted. In the meantime, training on the Aboriginal components of case management consistent with *Gladue* (e.g., Aboriginal social history, healing plans and Elder reviews) has been initiated as CSC moves to further integrate the reality of Aboriginal offender experience into its policy directives. These efforts are to be encouraged and commended.

24 The *Gladue* case (1999) is a landmark Supreme Court of Canada decision requiring judges to take into account the unique circumstances of Aboriginal people when passing sentence on Aboriginal offenders.

Access to Spiritual and Cultural Services

As important as these initiatives are to improving correctional outcomes for Aboriginal offenders, the Office continues to see disconnects between what is officially reported by CSC and the situation that prevails for many Aboriginal inmates incarcerated in federal penitentiaries across the country. In providing some concrete illustration of the disconnect between theory and reality, the Office conducted a systemic investigation of Aboriginal inmates' access to spiritual and cultural services at a maximum security institution.

The investigation yielded a number of findings seemingly out of synch with CSC policy and the law:

- **Aboriginal inmates have been routinely denied access to sweat lodges and sweat ceremonies for the past two years on a variety of poorly substantiated security and operational grounds:**
  - Human resource constraints required to conduct individual security risk assessments precluded necessary approvals.
  - The sweat lodge facilities needed structural changes to allow for closer staff monitoring and security counts.
  - Perceived need to scan the firewood used for sweat ceremonies.
  - Restrictions on inmate movement, assembly and association required numerous cancellations of planned sweat ceremonies.
  - Unreasonable restrictions on the use, access and distribution of matches and spiritual bundles, including tobacco and sweet grass, required for smudging ceremonies.
- **Inappropriate questioning of claims to Aboriginal ancestry resulting in unsubstantiated allegations that offenders were trying to wrongfully gain access to perceived benefits associated with Aboriginal status.**
- **The absence of an Aboriginal Liaison Officer at the institution has had adverse effects on the time and tasks that the assigned Elder could devote to serving inmate needs.**

Although staff appeared generally aware and empathetic to the situation of Aboriginal offenders – including knowledge of *Gladue* principles and the negative effects of over-representation of Aboriginal people in the criminal justice system – they were unable to fully operationalize the practical intent of these principles. As a result, the initiatives that have been developed to respond to Aboriginal people in federal corrections (e.g., access to Elders, access to spiritual and culturally appropriate interventions, ceremonies, traditions and programs) have not been supported or developed to the extent national policy and the law requires.

Within CSC, as this investigation would suggest, there appears to be some confusion regarding the situation of those offenders who do not self-identify as Aboriginal but claim the right to participate in Aboriginal spiritual ceremonies in the name of religious freedom. The objective is to not unduly restrict access to Aboriginal programs to Aboriginal peoples. Legislation and policy is clear on these points: all refer to the ethno-cultural background of Aboriginal offenders and not their religious or spiritual beliefs or identification. It is important to note that the standard statements about Aboriginal spirituality services relate to program logic and not the exercise of religious freedom.

Non-Aboriginal offenders may wish to meet with an Elder, learn about Aboriginal spiritual practices and participate, to some extent, in spiritual activities. Notwithstanding, legislation and policies supporting Aboriginal programs are designed to assist Aboriginal offenders reclaim their ancestral traditions, rituals and values. The adoption of these provisions and programs is based on recognition of the historical injustice to Aboriginal communities and the connection between this history and the overrepresentation of Aboriginal offenders in the criminal justice system. The application of the principle of holistic healing is one of the ways to restore balance within Aboriginal communities. Following an Aboriginal healing plan in a CSC facility is not just a program, but a way of life.

It is especially troubling to note that security and operational concerns continue to trump access to spiritual and culturally appropriate Aboriginal services. The investigation noted that management did not normally consult with their counterparts at other maximum security institutions on protocols and best practices in order that safety and security requirements could be met while ensuring reasonable access to sweat lodge, smudging and other Aboriginal healing ceremonies.

The loss of an offender's access to matches, or for staff to unreasonably restrict their distribution (and therefore access), effectively translates into the loss of the right to practice traditional ceremonies associated with Aboriginal spirituality. Since access to and use of matches equates to the right to smudging ceremonies, only a negative 'individual' threat risk assessment could result in this type of sanction. Aboriginal ceremonies requiring burning, such as smudging, should not automatically be restricted or prohibited on the basis of local/institutional standing orders or operational routines. CSC policy provides that culturally and spiritually appropriate ceremonies are to be reasonably accommodated under the direction of an Elder/Spiritual Advisor. Legitimate and founded restrictions on an individual offender's access to matches should not unnecessarily impede the exercise of group rights. The seeming inability of staff to look beyond narrow safety and security concerns speaks to a general failure to reasonably accommodate and respect Aboriginal spiritual and healing ceremonies.

19. I recommend CSC undertake an operational review of Aboriginal offender's access to spirituality and ceremonies at all security designations to ensure practices at the institutional level are consistently supported and developed to the extent that policy and the law require.

Once again, I note with frustration that there is still no one CSC Executive Committee member who is specifically and exclusively responsible for Aboriginal issues.

Federally Sentenced Women

6

The average daily number of federally sentenced women in CSC custody last year was just over 500. According to CSC data, these women were involved in 1,524 security incidents in FY 2010-2011, of which 144 involved a use of force. In the reporting period, the Office received 436 complaints from federally sentenced women. Areas of concern most frequently identified by women in the five regional women's facilities include: conditions of confinement; physical health care concerns; cell effects; mental health services; administrative segregation and; issues regarding staffing, including allegations of discrimination and harassment.

In addition to addressing individual complaints, the Office continued to focus on systemic concerns and priorities related to women offenders. In the reporting period, these issues included access to programs, conditions of confinement and community reintegration, as well as concerns specific to the over-representation of Aboriginal women offenders. Recommendations issued in last year's Annual Report – the need for stand-alone accommodations for minimum security women offenders (both inside the regional facilities and for women residing in the community), and for ending restrictions on the Mother-Child Program – were further explored with the Deputy Commissioner for Women.

In September 2010, the Service celebrated the twentieth anniversary of *Creating Choices*, the report of the Task Force on Federally Sentenced Women upon which the five regional women's facilities were based. As the Commissioner of Corrections observed in his remarks to open the Forum marking the event, women's corrections in Canada is still "a work in progress in many ways; and we have not been 100% right 100% of the time, but we continue to learn, make adjustments and improve." In that light, during the reporting period an anti-bullying strategy in the regional women's facilities was one such improvement which the OCI identifies as a model practice. In addition, one regional facility has recently established an ethics committee. Both initiatives are welcomed. The Office is also encouraged by the Service's move to finally rescind the Management Protocol for high need/high risk women offenders effective May 1, 2011.[25]

25 Correspondence from the Deputy Commissioner for Women, dated April 13, 2011, informing the Office of the Service's intention to rescind the Management Protocol indicates that: "Women inmates who pose the highest-risk will be managed within the current policy framework, namely existing segregation authorities, enhanced Correctional Plans and robust Reintegration Plans. This will provide a comprehensive approach that is more individualized in terms of addressing risk and needs (and) will allow for greater flexibility and an increased focus on interventions."

Issues in Focus

Profile of Federally Sentenced Women

General

- As of August 2010, there were 512 federally sentenced women incarcerated in CSC facilities.
- 567 women offenders were under some form of community release supervision.
- In the last 10 years, the number of Aboriginal women in custody has increased by 86.4%, compared to 25.7% over the same period for Aboriginal men.
- 34% of the incarcerated women offender population is Aboriginal.
- More than 65% of new female admissions are serving a sentence of less than three years.

Personal Histories

- 77% of women offenders have children. Just over half indicated having experiences with Children's Aid.
- In 2010, 86% of women offenders reported histories of physical abuse, and 68% reported a history of sexual abuse at some point in their lives, representing an increase of 19% and 15% respectively since 1991.
- Approximately 45% of women offenders reported having less than a high school education at intake.
- 64% supported themselves financially.

Mental Health and Addictions

- In 2009, 29% of women offenders were identified at admission as presenting mental health problems, and this proportion has more than doubled over the past decade.
- 31% of women were identified, at intake, as having a past mental health diagnosis, representing a 63% increase over the past decade.
- 48% of women were identified, at intake, as having a current need for prescribed medication.
- Since 2003, at intake, approximately 77% of women report abusing both alcohol and drugs.
- Just under half of women self-report having engaged in self-harming behaviour.

Sources:

i.) M. Barrett, K. Allenby, and K. Taylor, *Twenty Years Later: Revisiting the Task Force on Federally Sentenced Women.* Research Report R-222, 2010.

ii.) *Corrections and Conditional Release Statistical Overview: Annual Report 2010.*

Impacts of Crowding at the Regional Women's Facilities

In the *Conditions of Confinement* section of this report we examined the general impacts of prison crowding. The situation at the five regional women's facilities is particularly acute, as there is little capacity or choice (as there is for male offenders) to transfer or cascade offenders to other less crowded or lower security facilities. CSC's women offender population forecasts suggest foreseeable annual population increases over the near and medium terms. Currently, three of the five regional women's facilities have requested approval to 'double-bunk' offenders in their secure units (i.e., maximum security). The Structured Living Environment unit at one of the women's facilities has been used to segregate women offenders, and this strategy may be under consideration as a population 'over-flow' option at other regional sites.

One facility has resorted to placing women in an interview room within the facility's secure unit. This room does not have any running water, toilet facilities or built-in cell call alarm system, nor does it offer the amount of living space, privacy and dignity that is available in a purpose-built cell. The women sleep on mattresses on the floor. Of further concern to this Office is that some of the women housed in this space have mental health needs. The Office has been further advised of plans to convert the facility's gymnasium into a dormitory and the private family visiting unit into temporary accommodation.

The use of non-purpose built space to manage increasing populations is highly disruptive and obviously inconsistent with their intended functions. Other population management strategies – such as inter-regional transfers to conduct intake assessment at less crowded facilities or resorting to involuntary transfers to provincial facilities due to a lack of space – are equally problematic.

20. I recommend that the Service aggressively implement a range of population management measures at the regional women's facilities that are consistent with *Creating Choices* and reflect the least restrictive principle enunciated in the *CCRA*.

Churchill Unit Review

It is estimated that 50% of federally sentenced women self-report a history of engaging in self-injurious behaviour. Unlike male offenders, there is no dedicated or piloted complex needs program or specialized unit to treat chronic self-injurious women offenders. Some of the most challenging and complex self-injurious cases in the federal system are managed on the female wing of the Regional Psychiatric Centre (RPC Prairies), on what is called the Churchill Unit.

Following a national board of investigation into the care and treatment of a woman offender residing on the Churchill Unit, a project team of experienced clinical and operational staff was assembled by the Regional Deputy Commissioner of the Prairies Region to conduct a review of the Unit's existing clinical management model. Its mandate was to "review community standards, current trends and community-based, similarly-profiled forensic psychiatric facilities to determine potential organizational models to strengthen clinical management on Churchill Unit to support modern, innovative and appropriate clinical treatment."[26]

26 CSC, *Review of the Regional Psychiatric Centre Churchill Women's Unit Existing Treatment Model*, dated November 26, 2010.

The 12-bed Churchill Unit first opened as a treatment unit for federally sentenced women in August 1996. Since its opening, the Unit has never been viewed as an optimal place to treat women patients needing predominantly psychiatric interventions. Despite some retrofits, the Unit was then – just as it continues to be – mostly an after-thought, originally utilized as an acute intensive psychiatric unit for men. The fact that the Churchill Unit is housed within a male facility severely compromises the ability of the women being treated there to access other off-unit venues, including much-needed programming, interviewing and counselling spaces. Indeed, the lack of appropriate space limits the number and type of interventions that can be offered on the Unit.

As the Unit has evolved over the years, correctional officers now outnumber clinical staff. As the review notes, "this imbalance between Correctional and Clinical operations is significantly impacting the ability to provide effective mental health treatment and interventions within a psychiatric hospital." Indeed, as this Office has observed, the tension within CSC between clinical and security interventions are often palpable and not altogether helpful in managing patients with serious mental health needs. Perceived security concerns, regardless of established risk, too often trump clinical interventions.

In the Mental Health section of this report, we previously noted that the Office intervened in the case of two chronically self-injurious women who were being treated at the Churchill Unit – one of whom was the subject of the use of force investigation which prompted the regional review of the Unit's existing clinical model. In the case of one offender, it was our view that treatment was not advancing as well as it might due to an escalation in the security response. The imbalance between health care and security interventions led us to recommend her for transfer to a provincial forensic facility. It is revealing to note that this offender is now residing and managing well in the community, seemingly without resort to the self-destructive tendencies for which her time within CSC facilities was marked.

That said, the Office endorses many of the 'modern, innovative and appropriate' practices outlined in the key findings section of the Churchill Review:

- **To be consistent with the least restrictive principle, restraint and seclusion should not automatically or immediately be applied to manage self-injurious offenders who are engaging in difficult or acting out behaviours.**
- **Isolation has the potential to exacerbate the symptoms of the patient, and that the use of seclusion as a method to prevent self-injurious behaviour can actually increase the motivation for and frequency of self-injury.**
- **De-escalation techniques are effective alternatives to the use of restraint and seclusion and provide for the safe and therapeutic treatment of patients.**
- **CSC should endorse the overriding management principle in its RTCs that treatment and operational requirements should take place "in the context of a penitentiary within a hospital setting rather than a hospital within a penitentiary setting."**
- **The environmental design of RTCs should incorporate elements that are known to promote wellness, such as natural light, fresh air, opportunity for exercise and space to engage in spiritual or cultural activities.**
- **Clinical staff, operational staff and the patient should be involved in the development of an individualized treatment or intervention strategy.**

■ **All staff members should be involved and have a role to play in adhering to the clinical treatment plan.**

The Churchill Review is helpful in pointing the way forward for implementing changes in the Unit's existing clinical model and its approach to treating chronic self-injurious offenders. As this Office has noted, however, there is no stand-alone long-term accommodation and treatment facility within which CSC can treat women patients with significant mental health problems. This gap is becoming ever more problematic as the incidence and complexity of mental health issues increases in the women offender population – including histories of severe psychological trauma and physical and sexual abuse for which self-injury appears to be a coping/regulatory strategy.

21. I recommend that the Service explore additional partnerships and agreements with the provinces and territories to allow for the transfer of severely mentally ill women offenders to specialized treatment facilities.

Correctional Investigator's Outlook for 2011-12

It is my experience that prison populations disproportionately include the more impoverished, poorly-educated, addicted and the mentally ill among us. A walk through a federal penitentiary in this country reveals that current criminal justice policy captures a high number of the most marginalized and distressed within our communities, including the socially disadvantaged, Aboriginal peoples, the aged and the infirmed. Who we incarcerate and how they are treated inside prisons speaks to the kind of society we are and the values we affirm as a nation.

The offender population is increasing and will continue to grow as recent policy and legislative initiatives fully take effect. Most CSC facilities are already operating at or above capacity. The pressure to provide appropriate, safe and secure accommodation and custody; meet growing mental health needs; and respond to the special needs of female, older and Aboriginal offenders will only intensify. These are issues of immediate concern.

Flowing from these population management pressures is the need to improve the quality of individual assessment and enhance the overall case-management process. To avoid simply warehousing offenders, CSC will need to find better ways to move offenders efficiently down security levels so as to better prepare them for timely release and safe reintegration. With as much as 50% of the total offender population during the last fiscal year serving less than a three-year sentence, it is a matter of increasing priority that CSC intervene as early in the sentence as possible. As population pressures mount, CSC will be under intense scrutiny to deliver quality, accessible and credible programs to facilitate offender re-entry into society.

In the coming year, my Office will continue to pursue and monitor areas of concern and priorities that have informed this Annual Report. With respect to preventing deaths in custody, my Office intends to conduct a systemic review of the *Mortality Review Process*, as we are simply not satisfied with CSC's response that "no further action is required." CSC's reluctance to address credibility concerns in this matter leaves little choice but to move forward with an independent review.

As our review of access to Aboriginal spirituality at one maximum security institution reveals, we will need to keep focused on reducing the gap in correctional outcomes for Aboriginal peoples. The relentless year-on-year increase in the percentage of Aboriginal peoples behind bars is discouraging. While attributable to a myriad of causes, there really are no excuses as to why Aboriginal offenders should be falling so far behind their non-Aboriginal counterparts on nearly every performance indicator while inside federal penitentiaries.

One other area due for systemic review is the relationship between conditions of confinement and the propensity for self-injurious behaviour. It is encouraging that CSC research, investigations and reviews are beginning to draw some connections. Unfortunately, the recognition often comes far too belatedly to make a difference in treating this complex phenomenon in a correctional setting. There is now a large collection of investigative reports, reviews, research, best practices and clinical experience which CSC can draw on to better equip itself to manage self-injury.

As Correctional Investigator, I am privileged to serve Canadians. In the coming year, I look forward to reporting on issues that concern corrections and affect public safety.

Ed McIsaac Human Rights in Corrections Award

On December 8th, 2010, Ms. Mary Campbell was presented with the *Ed McIsaac Human Rights in Corrections Award*. The award was established in December 2008, in honour of Mr. Ed McIsaac, long-time Executive Director of the Office of the Correctional Investigator and strong promoter and defender of human rights in federal corrections. It commemorates outstanding achievement and commitments to improving corrections in Canada and protecting the human rights of the incarcerated.

Throughout the past 25 years, Ms. Campbell has been at the forefront of policy and legislative reforms which have defined Canada's criminal justice and correctional systems. As Director General of, Corrections and Criminal Justice Directorate, Public Safety Canada, she provides expert policy, program, legislative and research advice to support the Minister of Public Safety and Parliament. As a lawyer and academic, Ms. Campbell's publications in the areas of prisoners' legal rights, sentencing reform and case law are standard reading in Criminology courses and law departments across Canada.

Ms. Mary Campbell and Ed McIsaac's careers serve as a reminder that the right to be treated with fairness, respect and dignity is retained by all members of society, including those deprived of their liberty.

Left to Right: Mr. Howard Sapers, Ms Mary Campbell (centre) and Mr. Ed McIsaac.

ANNEX A: ANNUAL STATISTICS

TABLE A: COMPLAINTS (1) BY CATEGORY

Complaints – see Glossary (1), Internal Response – see Glossary (2), Investigation – see Glossary (3)

Category	I/R(2)	Inv(3)	Total
Administrative Segregation			
Conditions	44	45	89
Placement/Review	87	170	257
Total	**131**	**215**	**346**
Case Preparation			
Conditional Release	26	30	56
Post Suspension	7	3	10
Temporary Absence	6	11	17
Transfer	8	20	28
Total	**47**	**64**	**111**
Cell Effects	**188**	**219**	**407**
Cell Placement	**10**	**25**	**35**
Claim			
Decisions	10	13	23
Processing	17	21	38
Total	**27**	**34**	**61**
Community Programs/Supervision	**5**	**16**	**21**
Conditional Release	**20**	**26**	**46**
Conditions of Confinement	**216**	**253**	**469**
Conviction/Sentence-Current Offence	**0**	**1**	**1**
Correspondence	**56**	**59**	**115**
Death or Serious Injury	**14**	**46**	**60**
Decisions (general) - Implementation	**67**	**62**	**129**
Diets			
Medical	2	7	9
Religious	6	11	17
Total	**8**	**18**	**26**
Discipline			
ICP Decisions	1	3	4
Minor Court Decisions	4	5	9
Procedures	15	15	30
Total	**20**	**23**	**43**
Discrimination	**3**	**6**	**9**

TABLE A: COMPLAINTS (1) BY CATEGORY (cont.)

Complaints – see Glossary (1), Internal Response – see Glossary (2), Investigation – see Glossary (3)

Category	I/R(2)	Inv(3)	Total
Double Bunking	15	29	44
Employment	27	51	78
Financial Matters			
Access	17	20	37
Pay	10	33	43
Total	**27**	**53**	**80**
Food Services	21	39	60
Grievance			
3RD LEVEL REVIEW	26	21	47
DECISION	19	16	35
PROCEDURE	113	89	202
Total	**158**	**126**	**284**
HARASSMENT	38	50	88
Health and Safety - Inmate Worksites/Programs	3	6	9
Health Care			
Access	110	277	387
Decisions	72	117	189
Medication	57	108	165
Total	**239**	**502**	**741**
Health Care - Dental	7	49	56
Hunger Strike	1	16	17
Information			
ACCESS/DISCLOSURE	54	50	104
Correction	48	50	98
Total	**102**	**100**	**202**
Inmate Requests	8	7	15
IONSCAN	1	1	2
Legal Counsel - Quality	21	19	40
Mental Health			
Access/PROGRAMMES	6	22	28
QUALITY	1	9	10
Self-Injury	12	62	74
Total	**19**	**93**	**112**
METHADONE	9	21	30
OCI	1	2	3

TABLE A: COMPLAINTS (1) BY CATEGORY (cont.)

Complaints – see Glossary (1), Internal Response – see Glossary (2), Investigation – see Glossary (3)

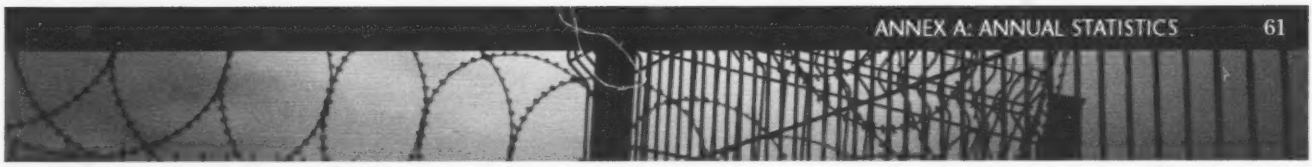
Category	I/R(2)	Inv(3)	Total
Official Languages	5	2	7
Operation/Decisions of the OCI	15	10	25
Outside Court	2	5	7
Parole Decisions			
Conditions	16	14	30
Day Parole	15	14	29
Detention	10	6	16
Full Parole	13	4	17
Revocation	27	15	42
Total	**81**	**53**	**134**
Police Decisions or Misconduct	2	1	3
Private Family Visits	33	76	109
Programme/Services			
Women	0	3	3
Aboriginals	12	23	35
Access	24	71	95
Decisions	15	23	38
Language Access	0	3	3
Other	8	6	14
Total	**59**	**129**	**188**
Provincial Matter	0	2	2
Release Procedures	32	33	65
Religious/spiritual	10	23	33
Safety / Security			
Incompatibles	14	29	43
Worksite	0	1	1
Total	**14**	**30**	**44**
Safety/Security of Offender(s)	32	58	90
Search and Seizure	9	18	27
Security Classification	54	81	135
Sentence Administration	11	6	17
Staff	173	174	347
Telephone	67	101	168

TABLE A: COMPLAINTS (1) BY CATEGORY (cont.)

Complaints – see Glossary (1), Internal Response – see Glossary (2), Investigation – see Glossary (3)

Category	I/R(2)	Inv(3)	Total
Temporary Absence			
Escorted	6	15	21
Unescorted	4	3	7
Total	**10**	**18**	**28**
Temporary Absence Decision	**5**	**21**	**26**
Transfer			
Implementation	43	46	89
Involuntary	69	81	150
Pen Placement	15	10	25
Section 81 / 84	0	2	2
VOLUNTARY	35	68	103
Total	**162**	**207**	**369**
Urinalysis	**5**	**9**	**14**
Use of Force	**11**	**53**	**64**
Visits	**34**	**62**	**96**
Uncategorized(*)			**176**
Grand Total			**5914**

(*) Includes: complaint topics which are not represented by the complaint categories outlined above, or complaints that address multiple categories at the same time.



GLOSSARY

Complaint: Complaints may be made by an offender or a third party on behalf of an offender by telephone, facsimile, letter or during interviews held by the OCI's investigative staff at federal correctional facilities.

The legislation also allows the OCI to commence an investigation at the request of the Minister or on the OCI's own initiative.

Internal Response: A response provided to a complainant that does not require consultation with any sources of information outside the OCI.

Investigation: A complaint where an inquiry is made with the Correctional Service and/or documentation is reviewed/analyzed by the OCI's investigative staff before the information or assistance sought by the offender is provided.

Investigations vary considerably in terms of their scope, complexity, duration and resources required. While some issues may be addressed relatively quickly, others require a comprehensive review of documentation, numerous interviews and extensive correspondence with the various levels of management at the Correctional Service of Canada prior to being finalized.

Systemic investigations examine areas of common concern of offenders and can be aimed at the institutional, regional or national level.

TABLE B: COMPLAINTS BY INSTITUTION/ REGION (*)

REGION / INSTITUTION	Number of Complaints	Number of Interviews	Number of Days Spent in Institution
FSW			
Edmonton Women Facility	63	29	6
FRASER VALLEY	41	15	7
FSW-RPC	0	0	0
Grand Valley	124	48	9
Joliette	99	39	7
Nova	42	23	5.5
Okimaw Ohci Healing Lodge	31	16	3
Total	**400**	**170**	**37.5**
Atlantic			
Atlantic	240	85	16
Dorchester	151	85	13
Shepody Healing Centre	22	2	3
Springhill	70	7	10
Westmorland	5	1	2
Total	**488**	**180**	**44**
Ontario			
Bath	99	25	6.25
Beaver Creek	31	10	1
Collins Bay	194	106	10.5
Fenbrook	146	18	9
Frontenac	15	9	1.5
Joyceville	170	97	8.5
Kingston Penitentiary	377	125	12
Millhaven	127	46	4.5
Millhaven-Assessment Unit	35	13	4.5
Pittsburgh	36	19	3
RTC Ontario	99	41	4
Warkworth	506	321	13
Total	**1835**	**830**	**77.75**
Pacific			
Ferndale	28	7	1
Kent	282	71	12
Kwikwèxwelhp	0	0	1
Matsqui	100	31	9.5
Mission	52	21	9
Mountain	171	9	6
RTC Pacific	48	15	12.5
William Head	21	16	4
Total	**702**	**170**	**55**

TABLE B: COMPLAINTS BY INSTITUTION/ REGION (cont.) (*)

REGION / INSTITUTION	Number of Complaints	Number of Interviews	Number of Days Spent in Institution
Prairies			
Bowden	117	41	8
Bowden Minimum	2	0	1
Drumheller	86	33	11
Drumheller Minimum	1	0	1
Edmonton	240	75	15
Grande Cache	80	26	8
Grierson Centre	13	2	1
PE SAKASTEW	11	6	1
Riverbend	19	5	1
Rockwood	11	9	1
RPC-Prairies	250	125	11.5
Saskatchewan Maximum	126	11	3
Saskatchewan Penitentiary	104	19	3
Stan Daniels Centre	1	0	1
Stony Mountain	87	9	6
Willow Cree	2	0	0
Total	**1150**	**361**	**72.5**
Québec			
Archambault	109	43	9.5
Archambault-CRSM	55	15	4
Cowansville	80	32	7
Donnacona	107	15	14
Drummond	73	28	5
FTC	45	12	2
La Macaza	123	33	6.5
Leclerc	75	25	4.5
Montée St-François	31	18	3
Port Cartier	285	126	12
RRC Québec	69	28	9
SHU-USD	69	5	9
Ste-Anne-Des-Plaines	26	15	3
Waseskun	7	2	1
Total	**1154**	**397**	**89.5**
CCC/CRC/ Parolees in Community	162	0	0
Federal Inmates in Provincial Institutions	12	0	0
Uncategorized	11	0	0
Grand Total	**5914**	**2108**	**376.25**

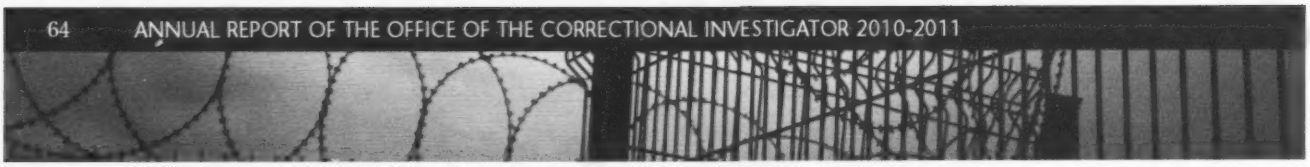


TABLE C: COMPLAINTS AND INMATE POPULATION – BY REGION

REGION	Total Number of Complaints	Inmate Population (*)
Atlantic	514	1,256
Quebec	1208	3,206
Ontario	1883	3,955
Prairie	1183	3,579
Pacific	721	1,825
Women's Facilities	395	581
Provincial Facilities	8	N/A
Uncategorized	2	N/A
Total	**5914**	**14402**

(*) Inmate Population broken down by Region: As of June 2011, according to the Correctional Service of Canada's Corporate Reporting System.

TABLE D: DISPOSITION OF COMPLAINTS BY ACTION

ACTION	Disposition	Number of Complaints
Internal Response		
	Uncategorized	0
	Advise/Information Given	1275
	Assisted by Institution	117
	Pending	6
	Recommendation	395
	Refer to Grievance Process	242
	Rejected as unfounded	173
	Systemic/Multiple	47
	Withdrawn	152
	Subtotal:	**2407**
Inquiry		
	Uncategorized	2
	Advise/Information Given	861
	Assisted by Institution	772
	Pending	24
	Recommendation	586
	Refer to Grievance Process	102
	Rejected as unfounded	199
	Systemic/Multiple	27
	Withdrawn	67
	Subtotal:	**2640**

TABLE D: DISPOSITION OF COMPLAINTS BY ACTION (cont.)

ACTION	Disposition	Number of Complaints
Investigation		
	Uncategorized	7
	Advise/Information Given	200
	Assisted by Institution	221
	Pending	36
	Recommendation	243
	Refer to Grievance Process	35
	Rejected as unfounded	64
	Systemic/Multiple	38
	Withdrawn	23
	Subtotal:	**867**
	Grand Total:	**5914**

TABLE E: AREAS OF CONCERN MOST FREQUENTLY IDENTIFIED BY OFFENDERS

Total Offender Population

CATEGORY	#	%
Health Care	741	12.53%
Conditions of Confinement	469	7.93%
Cell Effects	407	6.88%
Transfer	369	6.24%
Staff	347	5.87%
Administrative Segregation	346	5.85%
Grievance	284	4.80%
Information	202	3.42%
Programme / Services	188	3.18%
Telephone	168	2.84%

TABLE E: AREAS OF CONCERN MOST FREQUENTLY IDENTIFIED BY OFFENDERS (cont.)

Aboriginal Offenders

CATEGORY	#	%
Health Care	75	10.59%
Staff	64	9.04%
Conditions of confinement	63	8.90%
Transfer	45	6.36%
Administrative Segregation	42	5.93%
Cell Effects	30	4.24%
Mental Health	28	3.95%
Grievance	27	3.81%
Visits	26	3.67%
Security Classification	22	3.11%

Women Offenders

CATEGORY	#	%
Conditions of confinement	58	13.30%
Health Care	45	10.32%
Cell Effects	27	6.19%
Mental Health	27	6.19%
Administrative Segregation	23	5.28%
Staff	22	5.05%
Visits	18	4.13%
Transfer	17	3.90%
Telephone	15	3.44%
Case Preparation	14	3.21%

ANNEX B: OTHER STATISTICS

A. Section 19 Reviews Conducted in 2010-11

As per section 19 of the *Corrections* and *Conditional Release Act (CCRA)*, the Correctional Service of Canada is required to conduct investigations into incidents involving inmate serious bodily injury or death. By law, these investigations are shared with and reviewed by the OCI.

- **Number of Section 19 investigations reviewed by the Office: 112**
- **Number of Section 19 investigations of natural deaths in custody convened under the Mortality Review Process reviewed by the Office: 6**

Notes:

1. *The Correctional Service of Canada has adopted different policy processes to investigate "natural" versus non-natural deaths in custody. For natural deaths, CSC uses a Mortality Review exercise — a file review conducted by a Nurse at National Headquarters.*
2. *For deaths involving non-natural causes (e.g., homicides, suicide and overdose), the CSC convenes a National Board of Investigation (NBOI). The Board is required to investigate and issue a formal report to the Executive Committee (EXCOM) of the CSC. EXCOM reviews the report and recommendations of the NBOI and approves corrective measures to be taken.*

B. Use of Force Reviews Conducted in 2010-11

Total number of use of force files reviewed by OCI: 1,265

- **Initial review: 573**
- **Full review: 382**
- **Reviews pending or requiring follow-up with CSC: 310**

Notes:

1. *The Correctional Service is required by policy to provide all pertinent and relevant use of force documentation to the Office.*
2. *A "full review" involves reviewing all use of force documentation specified in Commissioner's Directive 567 — Use of Force. The use of force package includes, but may not be limited to: the Use of Force Report, a copy of incident-related video, Checklist for Health Services Review of Use of Force, Post-Incident Checklist, Officer's Statement/Observation Report, and action plan to address deficiencies.*
3. *An "initial review" involves a review of select documentation in the Use of Force package. This review includes: the use of Force Report, the Post Incident Checklist, Inmate Statements (if applicable), Institutional, Regional and (if applicable) National assessments, as well as the Offender Management System (OMS) incident report.*
4. *A specific follow-up may be initiated by the Office at the institutional, regional and/or national level.*

C. Toll-Free Contacts in 2010-11

Offenders and members of the public can contact the Office by calling our toll-free number (1-877-885-8848) anywhere in Canada. All communications between offenders and the Office are confidential.

Number of toll-free contacts received in the reporting period: 20,011

Number of minutes recorded on toll-free line: 82,182

D. Systemic Investigations Conducted in 2010-11

31 systemic (in-depth) investigations were conducted in 2010-11.

TYPE OF COMPLAINT	#	%
Conditions of confinement	7	22.58%
Death or Serious Injury	4	12.90%
Programmes/Services	4	12.90%
Administrative Segregation	3	9.68%
Security Classification	2	6.45%
Use of Force	2	6.45%
Other	9	29.03%
Total Count of Disposition	**31**	

Response of the CORRECTIONAL SERVICE OF CANADA to the 38th ANNUAL REPORT of the CORRECTIONAL INVESTIGATOR 2010 - 2011

INTRODUCTION

The Correctional Service of Canada (CSC) is responsible for administering court-imposed sentences for offenders sentenced to two years or more, including supervising those under conditional release in the community. CSC also administers post-sentence supervision of offenders with Long Term Supervision Orders for up to 10 years. On an average day in fiscal year 2010-2011, CSC was responsible for 14,200 incarcerated offenders and 8,600 offenders in the community. CSC manages 57 institutions, 16 community correctional centres, 84 parole offices and sub-offices and employs approximately 17,400 people.

While CSC's original five priorities remain its pillars, a sixth priority was added to reflect the reality that CSC does not, and cannot, work alone to fulfil its mandate:

1. Safe transition to and management of eligible offenders in the community;
2. Safety and security of staff and offenders in our institutions and in the community;
3. Enhanced capacities to provide effective interventions for First Nations, Métis and Inuit offenders;
4. Improved capacities to address mental health needs of offenders;
5. Strengthening management practices; and
6. Productive relationships with increasingly diverse partners, stakeholders, and others involved in public safety.

The sixth priority recognizes the role of CSC partners and stakeholders in the federal correctional process and reiterates CSC's commitment to enhancing public safety through building, sustaining and improving these productive and collaborative relationships.

The recommendations of the 2007 Report of the CSC Review Panel *"A Roadmap to Strengthening Public Safety,* formed the basis of CSC's Transformation Agenda that focused on five areas:

1. Enhancing offender accountability
2. Eliminating drugs
3. Enhancing correctional programs and interventions
4. Modernizing physical infrastructure
5. Strengthening community corrections

With Phase One – Transformation - and Phase Two - Integration - both now completed, CSC is now in Phase Three which focuses on ensuring continued integration of these initiatives. CSC has made significant progress in integrating into its daily operations the recommendations of the Review Panel. The ongoing integration and strengthening of these initiatives continues to be of utmost importance to ensure CSC effectively manages today's challenging offender population.

The introduction of new legislation such as the abolition of Accelerated Parole Review, as well as legislation such as the *Truth in Sentencing Act* and the *Tackling Violent Crime Act* is expected to result in increased numbers of federal offenders with a wider range of needs, underscoring the requirement for both short and long-term capital planning and for adjustments to correctional programming and population management strategies. CSC has developed a multi-faceted accommodation strategy to address the increase in the offender population that includes extending and increasing temporary accommodation measures as well as constructing new units within existing institutions. This will result in more than 2,700 additional spaces in federal correctional institutions across Canada.

Over the last decade, CSC has been facing numerous challenges stemming from a more complex and diverse offender population profile, resulting in new pressures on CSC and its operations. Aboriginal offenders continue to be disproportionately represented and generally assessed as higher risk and higher need. Overall, offenders now have more extensive histories of violence and CSC is managing more offenders associated with gangs and organized crime and offenders with Long Term Supervision Orders. CSC has witnessed an increase in the proportion of male offenders and female offenders identified with mental health problems at admission. CSC is striving to improve both the level of care and the correctional results for offenders with mental disorders by implementing its comprehensive Mental Health Strategy. The Strategy works to address offenders' mental health care needs at all stages of incarceration, from intake to transitional care for offenders being released into the community.

Offenders also continue to exhibit a high prevalence of substance abuse problems and infectious diseases. In addition, as the offender population ages, the prevalence of health problems increases resulting in increased pressure on CSC health care systems.

CSC's priorities and objectives are focused on the protection of the public and the safety of staff and offenders. In response to the challenging offender profile, and to contribute to public safety, CSC will continue to focus on its priorities, further enhance Transformation initiatives and foster productive relationships with stakeholders, partners and the Office of the Correctional Investigator.

ACCESS TO MENTAL HEALTH SERVICES

Recommendation #1:

I recommend that the Service pursue alternative mental health service delivery arrangements and agreements with the provinces and territories consistent with the 'Assessment Framework for Alternative Service Delivery' as well as the Standing Committee's report on 'Mental Health and Drug and Alcohol Addiction in the Federal Correctional System.'

CSC continues to pursue alternative mental health service delivery arrangements and agreements with the provinces and territories where appropriate and cost effective. CSC has existing arrangements that have led to enhanced partnerships with other jurisdictions. For instance, CSC recently engaged with a community psychiatric facility that is currently providing services for a federal offender. In addition, the introduction of Grand Rounds at a CSC regional treatment centre is another way in which CSC currently engages community partners. Grand Rounds is a forum usually held every 4-6 months, for health care professionals in which a speaker, typically a subject matter expert, will do a case study presentation or topic presentation to aid with the development and learning for the health care professionals attending. This is followed by a Question and Answer session. Also, CSC has had a lengthy working relationship with Institut Philippe-Pinel in Montreal.

When crises arise in institutions, CSC uses local hospitals and/or local psychiatric facilities for short term interventions. These transfers are carried out in accordance with the applicable legislation, e.g. pursuant to consent to treatment legislation or the applicable mental health act however, CSC recognizes the need for more established links to external specialized mental health services and continues to pursue these partnerships.

CSC is currently reviewing existing partnerships for mental health service delivery with a view of determining feasibility of replicating similar partnerships in other regions. It is anticipated this review will be completed in December 2011.

Recommendation #2:

I recommend that the Service implement the Management Action Plan to address compliance and performance deficiencies identified in the January 2011 internal audit of the Regional Treatment Centres and the Regional Psychiatric Centre in FY 2011-12, and provide an update prior to March 31, 2012.

Through its internal audit processes, CSC continually looks for opportunities to enhance efficiencies and effectiveness with respect to the services it provides to offenders.

CSC is currently implementing actions identified in the Management Action Plan from the internal audit of the Regional Treatment Centres and the Regional Psychiatric Centre (2011).

The Audit and Management Action Plan (http://www.csc-scc.gc.ca/text/pa/adt-rtc-rpc-378-1-252/adt-rtc-rpc-378-1-252-eng.shtml) documents were made publicly available in April 2011. An updated response will be available prior to March 31, 2012

Recommendation 3:

I recommend that all placements in physical restraints for health care purposes, effective immediately and without exception, should be considered a 'reportable' use of force. Staff who may be called upon to apply Pinel restraints should receive training with respect to the reporting, monitoring and safe use of this type of restraint.

CSC's National Training Standards already includes the training of staff on the application of the Pinel restraints. This training is compulsory to meet organizational priorities including the requirements of Commissioner Directives 567 (*Management of Security Incidents*); 567-1 (*Use of Force*); 844 (*Use of Restraint Equipment for Health Purposes*) and to meet our legislated mandate pursuant to *Corrections and Conditional Release Act* (CCRA) and *Corrections and Conditional Release Regulations* (CCRR). At the completion of the training the individual will successfully demonstrate proficiency in the practical application and the theoretical knowledge of law and policy that are required to be qualified in the physical application of the Pinel soft restraint system.

While we do not support the recommendation for all placements in Pinel restraints to be considered a reportable use of force the newly revised CD 843 (*Prevention, Management and Response to Suicide and Self-Injuries*) clearly defines the conditions, circumstances and processes for those cases in which it is to be considered a reportable use of force. This policy will be promulgated in the near future and CSC will review a sample of occurrences of the use of physical restraints for health care purposes with the external Health Care Advisory Committee in the coming year.

Recommendation 4:

I recommend that the Service's Health Care Advisory Committee be engaged to explore models for enhanced oversight and accountability of clinical treatment practices and guidelines for managing self-injury in prisons, inclusive of patient advocacy, use of physical restraints, involuntary treatment and informed consent in a correctional setting.

CSC will consult with the Health Care Advisory Committee in the coming year to assess and identify models for enhanced oversight and accountability of clinical treatment practices and guidelines for managing self-injurious behaviour in federal penitentiaries.

Recommendation 5:

I recommend, pending the development and evaluation of a proven treatment program at the Complex Needs/ Unit pilot and permanent funding for its ongoing operation that the most serious, chronic and complex cases of self-injury in CSC custody be reviewed for immediate transfer to provincial mental health care treatment facilities.

CSC is committed to providing appropriate essential mental health services within professionally accepted standards and applicable legislation. Individual assessments will be conducted on those offenders who have been identified as the most chronic and complex cases of self-injury to provide assurances that appropriate treatment options are in place and if required, cases will be assessed as to whether a placement in a provincial mental health facility is possible.

In addition, the Health Care Advisory Committee is scheduled to visit various Pacific sites in September 2011, including the Complex Needs Unit/Program. CSC will seek feedback from this advisory committee, as appropriate.

PHYSICAL HEALTH CARE – SPECIAL FOCUS ON ELDERLY OFFENDERS

Recommendation 6:

I recommend that the Service develop a more appropriate range of programming and activities tailored to the older offender, including physical fitness and exercise regimes, as well as other interventions that are responsive to the unique mobility, learning, assistive and independent living needs of the elderly inmate.

Upon admission, all older offenders and those with self care needs undergo a functional assessment, which measures their ability to perform daily living activities. Results of this assessment influence further health related consultations as well as special needs for accommodation and services. Throughout the inmate's sentence he/she is assessed in terms of their ability to function in their environment.

In addition to the above, CSC is currently conducting research on male and female older offenders that will help inform future strategies and initiatives.

Recommendation 7:

I recommend where necessary, CSC hire more staff with training and experience in palliative care and gerontology. Sensitivity and awareness training regarding issues affecting older offenders should be added to the training and refresher curriculums of both new and experienced staff.

In 2009, CSC updated the national Hospice Palliative Care (HPC) Guidelines to provide direction and tools necessary for a consistent approach to the provision of care to terminally ill inmates within CSC. Consistent with professional practice standards, CSC uses a patient- and family-centred HPC approach that seeks to address the physical, psychological, social, and spiritual needs and expectations of the offender in collaboration with their close relations. The updated guidelines were followed by the development of a pilot Palliative Care Training Module in November 2010 and the launch of the training sessions in March 2011.

Similarly, in November 2010, CSC launched the "Older Offender Training Module" for CSC nurses with the opportunity for other members of the interdisciplinary team to participate. The two day training provides education in a number of areas such as normal aging, diseases associated with aging, performing a comprehensive geriatric assessment, and behaviour issues (bullying, depression, suicide, and delirium).

Recommendation 8:

I recommend where new construction is planned, age-related physical and mental impairments should be part of the infra-structure design, and include plans and space for sufficient number of accessible living arrangements.

The new units that are being constructed include cells and rooms that are accessible. In conjunction with the new units being built, we are also continuously modifying some of our facilities as the needs of the inmate population change.

As part of the development of its Long Term Accommodation Strategy, CSC will continue to take every opportunity to ensure the needs of the inmate population are considered.

Recommendation 9:

I recommend that the Service prepare a national older offender strategy for 2011-12 that includes a geriatric release component as well as enhanced post-release supports.

CSC recognizes that a comprehensive discharge plan that addresses the physical, mental, emotional, social and spiritual needs of individuals, best ensures post-release access to health care and other community services to facilitate continuity of care after a period of incarceration.

CSC will continue to implement the framework that is already in place to ensure appropriate release planning of offenders, including geriatric offenders. As part of the planning process, when indicated, a functional assessment is completed by health care services and identified areas of concern are taken into consideration in the development of an individualized release plan. For example, a functional assessment might suggest the need for a certain type of accommodation.

As well as part of the pre-release decision process, a community strategy is developed that outlines the way in which the various dynamic factors will continue to be addressed in the community, the way in which the offender will be monitored and determines the level of intervention to be applied upon the offender's release to the community. The identification of the offenders' functional needs and required resources are included in the plan.

Continuity of care is directed by health services and institutional/community reintegration policies, discharge planning guidelines for both physical and mental health needs, and affiliated official forms to be completed for all types of transfers and a release to the community. CSC Regional Discharge Planners continue to develop a network of community resources through education, networking, and partnerships.

DEATHS IN CUSTODY

Recommendation 10:

I recommend that CSC make its performance strategy for preventing deaths in custody public and annually report against clear performance indicators, as per the Office's recommendations contained in the Quarterly Reporting exercise.

CSC is moving in this direction, the first report for the period of April-September, 2010 of the Offender Deaths in Custody Performance Measurement Strategy – April, 2010 to April, 2015 is being finalised and will be shared with the Office of the Correctional Investigator and made publicly available by October, 2011.

Recommendation 11:

I recommend that CSC make its response to the reports of the Verification Team and the Independent Review Committee public, and provide annual updates on progress made against recommendations.

The Corrective Measures and Management Action Plan (CMMAP) for the Verification Team Report and the Independent Review Committee (IRC) are being finalized and will be submitted to the Executive Committee in September 2011 for approval. Once approved by the Executive Committee, appropriate steps will be taken to publish the IRC final report and the CMMAP on CSC internal and external websites and updated twice a year in order to reflect progress made against recommendations in the reports.

Recommendation 12:

Pursuant to section 180 of the CCRA, I recommend that the Minister of Public Safety direct the Service to immediately suspend the Mortality Review exercise until such time as the Guidelines can be independently and expertly validated to meet requirements of the legislation. In the interests of transparency and accountability, the results of this review should be made public.

The Mortality Review Process offers a systematic and comprehensive approach to reviewing natural in-custody deaths. As part of the Mortality Review Process we regularly consult with Coroners. In August 2010, CSC presented an overview of the Mortality Review Process at the Annual Meeting of Coroners/Medical Examiners. In general, our process for reviewing death by natural causes was well received and they offered some helpful suggestions for improvements.

CSC will continue to actively liaise with coroners and seek their input as we review natural in-custody deaths.

Consistent with our built in accountability measures, the Mortality Review Summaries and file closures will continue to be presented for CSC Executive Committee decision; and periodically a roll-up of key findings will also be prepared for CSC Executive Committee and widely distributed throughout the organization as a way of sharing the results of the process, demonstrating transparency and providing information that CSC can use to improve or modify practices. In addition, we plan to seek the input of Health Care Advisory Committee on the process.

Recommendation 13:

Until the Mortality Review Process is validated, I recommend that an external medical doctor review all natural in-custody deaths and independently report his/her findings and recommendations to the Commissioner of Corrections.

The Mortality Review Process offers a systematic and comprehensive approach to reviewing natural in-custody deaths. For example, in August 2010 CSC we presented an overview of the Mortality Review Process at the annual meeting of Coroners/Medical Examiners. In general, our process for reviewing death by natural causes was well received and they offered some helpful suggestions for improvements.

In addition, we plan to seek the input of the external Health Care Advisory Committee on our process. As part of the built in accountability measures, the mortality review summaries and file closures will continue to be presented to CSC Executive Committee; and periodically a roll-up of key findings will also be prepared for CSC Executive Committee and widely distributed throughout the organization as a way of sharing the results of the process, demonstrating transparency and providing information that CSC can use to improve or modify practices.

Recommendation 14:

I recommend that the Service's practices and procedures for preparing terminally ill offenders for 'release by exception' consideration be independently reviewed to ensure CSC standards are being met and that cases are being prepared with appropriate diligence, rigour and timeliness.

The Mortality Review Process reports on the inmate's eligibility for Parole by Exception and records the reason why he or she may not have been considered or released under this authority. Management within CSC worked closely to ensure that there was sound case management in the review of each case. In any instances where it would be determined that from a case management perspective could have been accomplished, this continues to be the appropriate venue for it to be raised.

In terms of care provided, in 2009, as noted earlier, CSC updated the national Hospice Palliative Care (HPC) Guidelines to provide direction and tools necessary for a consistent approach for the provision of care of terminally ill inmates within CSC. Consistent with professional practice standards, CSC uses a patient- and family-centred HPC approach that seeks to address the physical, psychological, social, and spiritual needs and expectations of the offender in collaboration with their close relations.

In cases where inmates are not eligible, are not supported or are denied Parole by Exception by the Parole Board of Canada, CSC ensures that there are measures taken, although taking into consideration any operational requirements, to help the offender and their close relations in the final stages of the inmate's life. For example, CSC may accommodate special visits, more possibilities for telephone calls, etc.).

CONDITIONS OF CONFINEMENT

Recommendation 15:

I recommend that the revised Commissioner's Directive on Inmate Accommodation contain:

i. An explicit and express prohibition against double-bunking in all segregation, segregation-like settings and the Secure Units for women.

   Double-bunking in the secure unit or administrative segregation will only be used as an option of last resort when all other alternatives have been exhausted. CSC reviews its policies to ensure institutional heads clearly understand that double-bunking in those areas are a last resort.

ii. Specific instruction that double-bunking assignments must be signed and approved by the Warden and reviewed by regional authorities on a quarterly basis.

   CSC will review its processes for approving and monitoring double-bunking assignments and issue a new protocol by October 2011.

iii. Exemptions to use non-purpose built space for inmate accommodation on a temporary or emergency basis must be approved by the Commissioner of Corrections and include a plan to return the space to its intended use within a defined time-frame.

   Exemptions to use non-purpose built space for inmate accommodation on a temporary or emergency basis will continue to be the responsibility of the Regional Deputy Commissioner and they will report all occurrences to the Commissioner of Corrections on a weekly basis. The Regional Deputy Commissioners will be required to identify a plan to return such space to its intended purposes as soon as practical.

Recommendation 16:

I recommend that the Service audit compliance with its legal obligation to ensure that mental health considerations are taken into account – and documented – in a decision to initiate or maintain segregation placements.

At present, CSC is already monitoring this process through the National Audit Tool conducted yearly on segregation issues by National Headquarters. In addition to this ongoing practice, for the next 12 months, CSC (National Headquarters) will conduct a random review of segregation placements and maintenance of placements and report these results to the Commissioner of Corrections on a quarterly basis. At the end of the 12 months, the practice of quarterly reviews will be re-considered by CSC's Executive Committee.

Recommendation 17:

I recommend CSC implement recommendations contained in the 'Report of External Review of Correctional Service of Canada Offender Complaints and Grievance Process' and move forward immediately with the introduction of Grievance Coordinators and Mediators at all medium, maximum and multi-level institutions.

Alternative Dispute Resolution (ADR) has been identified in the Offender Redress External Review as an important means to reduce the number of complaints and grievances at the institutional level who deal with 79% of complaints and grievances yearly. CSC's has initiated a pilot project that will occur in one maximum and one medium security institution in each of the five regions. The project will be launched in September 2011 for an 18 month period.

ACCESS TO PROGRAMS

Recommendation 18:

I recommended that the ICPM pilot be independently reviewed and expertly evaluated in the next fiscal year on the basis of clear performance and outcome indicators and that the results of this review should be shared with Parole Board Canada and made public. Aboriginal specific programming should be maintained until the evaluation is complete.

A study on ICPM's efficiency has been drafted by CSC and the study on ICPM's effectiveness will be conducted with results expected in fiscal year 2012-2013. CSC will also proceed with an independent external research study on ICPM. In addition, correctional programs are scheduled to be evaluated in accordance with CSC's Five-Year Evaluation Plan. The evaluation will be shared with the public, Parole Board of Canada, the Office of the Correctional Investigator and other key stakeholders.

The ICPM includes a specific culturally relevant stream for Aboriginal Offenders to ensure the Continuum of Care Strategy for Aboriginal Offenders is fully incorporated. The Aboriginal ICPM is anchored in Aboriginal culture and has a repertoire of skills within its content. As with the other streams of the ICPM, the Aboriginal program is designed around the Risk-Needs-Responsivity principles, and conforms to the same standards as the other ICPM streams. As with the other streams, there is an intake Primer, High, Moderate, Institutional Program Maintenance and Community Program Maintenance, all of which are Aboriginal specific.

In addition, the Aboriginal ICPM is facilitated by an Aboriginal Correctional Program Officer (ACPO) and assisted by an Elder with reference to specific session deliveries as well as lead by an Elder for ceremonies and spiritual components. The Program Elder is also called upon to assist within the Motivational Module intervention strategy when an Aboriginal offender drops out of a program, refuses to participate in the program or requires assistance with program content to gain a further understanding of correct interpretation and implementation of program content and skills.

Therefore, programming for Aboriginal offenders will be maintained as part of the Aboriginal ICPM and is part of the pilot and therefore, will be part of the evaluation.

ABORIGINAL ISSUES

Recommendation 19:

I recommend CSC undertake an operational review of Aboriginal offender's access to spirituality and ceremonies at all security designations to ensure practices at the institutional level are consistently supported and developed to the extent that policy and the law require.

CSC will carry out a review to ensure institutional Aboriginal offenders have access to spirituality and ceremony in a manner that is consistent with national policy.

The Strategic Plan for Aboriginal Corrections (SPAC) is undergoing a comprehensive evaluation. Given the SPAC is based on the continuum of care, which is centered on spirituality and culture, CSC should receive recommendations related to any gap in offender accessibility.

CSC is currently conducting a comprehensive review of all the standing orders related to Commissioner's Directive (CD) *259–Exposure to Second-Hand Smoke* to ensure the appropriate accommodation of Aboriginal spiritual practices at each institution. This review should be completed by September 2011. Where standing orders exist relating to CD-702, *Aboriginal Offenders* the review will begin in September 2011.

Regions will be asked to provide a site by site review of the availability of Elders, spiritual services, and other relevant information related to spirituality.

CSC is in the process of expanding its Pathways Initiative, from seven sites to up to 25 sites. These sites are currently undergoing a review and approval process to be completed in March 2012. All information with the exception of the SPAC evaluation will be available by April 2012.

FEDERALLY SENTENCED WOMEN

Recommendation 20:

I recommend that the Service aggressively implement a range of population management measures at the regional women's facilities that are consistent with Creating Choices and reflect the least restrictive principle enunciated in the CCRA.

CSC has developed a population management strategy for women offender institutions that considers the unique needs of federally sentenced women and is consistent with the principles of Creating Choices and the CCRA.

The long-term measure to address additional forecasted population pressures is an increase of 144 beds at women offender facilities over the next two fiscal years.

In the interim, short- and mid-term options include:

- Maximizing current capacity through double bunking in the Secure Unit;
- Facilitating voluntary transfers to other regions;
- Amending the Section 81 agreement with Native Counselling Services of Alberta to include up to 16 beds for women;
- Exploring innovative Exchange of Services Agreements with provinces to identify the possibility of additional beds for women offenders.
- Examining the possibility of using temporary accommodations such as portable units/trailers at some sites;

- Exploring opportunities for additional mental health beds for women;
- Emphasising timely and effective case management planning and preparation for security reclassification and parole board reviews at the earliest opportunity for eligible offenders;
- Augmenting staffing levels in key areas (i.e. Social Workers, Correctional Program Officers, Employment Counsellors) to promote timely and effective interventions; and
- The use of non-purpose built space to accommodate women offenders occurs on a case by case basis and only when no other reasonable options are immediately available. In these instances, the privacy and dignity of the women is a primary consideration.

Recommendation 21:

I recommend that the Service explore additional partnerships and agreements with the provinces and territories to allow for the transfer of severely mentally ill women offenders to specialized treatment facilities.

CSC continues to pursue additional partnerships and agreements with the provinces and territories where appropriate and cost effective. CSC has existing arrangements that have led to enhanced partnerships with other jurisdictions. For instance, CSC recently engaged with a community psychiatric facility that is currently providing services for a federal woman offender. In addition, the introduction of Grand Rounds at a regional treatment centre is another way in which CSC engages with community partners. Grand Rounds is a forum usually held every 4-6 months, for health care professionals in which a speaker, typically a subject matter expert, will do a case study presentation or topic presentation to aid with the development and learning for the health care professionals attending. This is followed by a Question and Answer session. Also, CSC has had a lengthy working relationship with Institut Philippe-Pinel in Montreal.

When crises arise in institutions, CSC uses local hospitals and/or local psychiatric facilities for short term interventions. These transfers are carried out in accordance with the applicable legislation, e.g. pursuant to consent to treatment legislation or the applicable mental health act; however, CSC recognizes the need for more established links to external specialized mental health services and continues to pursue these partnerships.

CSC is currently reviewing existing partnerships for mental health service delivery with a view of determining feasibility of replicating similar partnerships in other regions. It is anticipated this review will be completed in December 2011.

Rapport annuel
du Bureau de l'enquêteur correctionnel
2010-2011

L'Enquêteur correctionnel Canada
The Correctional Investigator Canada
Canada

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2011

PS100-2011F-PDF
IMPRIMÉ AU CANADA

The Correctional Investigator
Canada

P.O. Box 3421
Station "D"
Ottawa, Ontario
K1P 6L4

L'Enquêteur correctionnel
Canada

C.P. 3421
Succursale "D"
Ottawa (Ontario)
K1P 6L4

Le 29 juin 2011

L'honorable Vic Toews
Ministre de la Sécurité publique
Chambre des communes
Ottawa, Ontario

Monsieur le Ministre,

J'ai le privilège et le devoir conformément aux dispositions de l'article 192 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* de vous présenter le trente-huitième Rapport annuel de l'enquêteur correctionnel.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

L'enquêteur correctionnel,

Howard Sapers

Canada

Table des matières

MESSAGE DE L'ENQUÊTEUR CORRECTIONNEL 4

MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL 10

1A Accès aux services de santé mentale 12

1B Soins de santé physique, en particulier pour les délinquants âgés 21

2 Décès en établissement 27

3 Conditions de détention 37

4 Accès aux programmes 45

5 Questions autochtones 48

6 Délinquantes sous responsabilité fédérale 51

PERSPECTIVES DE L'ENQUÊTEUR CORRECTIONNEL POUR 2011-2012 56

ANNEXE A : STATISTIQUES ANNUELLES 59

ANNEXE B : AUTRES STATISTIQUES 69

RÉPONSE DU SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA 71

Message de l'enquêteur correctionnel

Peser dans la balance

En raison de leur nature, les prisons sont très peu soumises à l'examen public. Les interventions externes, la surveillance par un tiers indépendant et les examens externes ne sont pas toujours les bienvenues dans un tel environnement, mais l'histoire des services correctionnels au Canada et ailleurs laisse entendre qu'il s'agit d'éléments essentiels à la réforme et au progrès. En fait, le Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC) a été établi en réaction aux perturbations et aux actes de violence survenus au sein du Service canadien des pénitenciers au début des années 1970. Depuis, le Bureau a joué un rôle important afin de veiller à ce que les services correctionnels soient assurés de manière juste, transparente et responsable. C'est en exerçant son rôle d'ombudsman pour les délinquants sous responsabilité fédérale et en surveillant le respect des droits de la personne que le Bureau influe de manière positive sur les services correctionnels fédéraux et qu'il contribue à la sécurité publique au Canada. À son honneur, le Service correctionnel du Canada (SCC) endosse notre rôle et s'efforce de se montrer ouvert et réceptif à nos travaux.

Les Canadiens croient en la primauté du droit, et celle-ci joue un rôle singulièrement important et nécessaire dans l'administration de la justice, surtout lorsqu'il y a privation de liberté. En ma qualité d'enquêteur correctionnel, je sers les Canadiens en rendant compte au Parlement des préoccupations que les délinquants sous responsabilité fédérale communiquent à mon Bureau et de la capacité du SCC de mettre en œuvre des solutions. En tant qu'ombudsman pour les délinquants, je reçois des plaintes de plus de 14 000 détenus sous responsabilité fédérale incarcérés dans 57 pénitenciers à l'échelle du pays et je fais enquête sur celles-ci. Comptant plus de 17 000 employés, le Service correctionnel du Canada (SCC) forme un vaste système complexe et décentralisé qui administre les peines de deux ans et plus imposées par les tribunaux. Travaillant indépendamment du SCC, le Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC) a pour mandat de veiller à ce que les peines de ressort fédéral soient gérées en conformité avec la loi et à ce que les délinquants soient traités conformément aux normes nationales et internationales en matière de droits de la personne.

Comme organisme impartial de type non accusatoire, le Bureau enquête sur les problèmes des délinquants liés aux décisions, aux recommandations, aux actes ou aux omissions qui proviennent du SCC et qui affectent les délinquants individuellement ou en groupe. En procurant aux plaignants une voie de recours à l'extérieur des tribunaux, le BEC offre une solution rapide, accessible et indépendante pour l'examen et le règlement des plaintes individuelles et systémiques. Dans le cadre de son travail, le Bureau tente de régler les plaintes au palier le plus bas.

Mon personnel et moi nous efforçons au quotidien de rendre les pénitenciers canadiens des plus efficaces et utiles. En 2010-2011, les enquêteurs du Bureau ont passé 341 jours dans des établissements fédéraux, ont interviewé plus de 2 100 délinquants, ont reçu plus de 5 700 plaintes et demandes des délinquants sous responsabilité fédérale et ont mené 844 enquêtes officielles. Au cours de cette période, nous avons

reçu plus de 22 000 appels sur notre ligne sans frais et nous avons eu près de 1,75 million de visites sur notre site Web. Notre équipe sur les cas de recours à la force a mené plus de 1 000 examens. Nous avons étudié plus de 100 cas de décès ou de blessures graves de détenus ayant exigé une enquête en vertu de l'article 19 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*. Il s'agit là d'importantes réalisations pour un organisme qui a compté en moyenne moins de 30 employés à temps plein pendant presque tout l'exercice 2010-2011.

Pour être efficace et crédible, la relation entre le bureau de l'ombudsman et l'organisme qu'il surveille doit être fondée sur des valeurs de professionnalisme, d'intégrité et de confiance. Conformément aux pratiques de la fonction d'ombudsman, le BEC compte sur son caractère indépendant pour mener des enquêtes, régler des plaintes et aborder des questions qui touchent les délinquants. Mon personnel et moi ne prenons pas parti dans la résolution des plaintes. Le BEC n'est pas un organisme de défense des droits et ne remplace pas la procédure interne de règlement des plaintes administrée par le SCC. En vertu de la loi, le Bureau a toute compétence pour décider si une enquête doit être menée à l'égard d'une plainte. Nous pouvons décider de ne pas enquêter parce qu'il n'y a pas suffisamment d'information montrant que le Service a agi de manière inadéquate ou déraisonnable ou encore parce que la plainte n'est pas fondée.

Par ailleurs, en raison de la nature de notre travail, qui consiste à évaluer si le SCC a agi de manière juste, équitable et raisonnable dans les dossiers portés à notre attention, il y aura toujours des divergences d'opinions entre mon Bureau et le SCC. Même si nous ne sommes pas toujours d'accord, le SCC et mon Bureau ont un même objectif, soit d'assurer la garde sécuritaire et humaine des délinquants sous responsabilité fédérale. En fait, les deux organisations défendent un intérêt général lié à la sécurité publique, soit d'aider les délinquants à devenir des citoyens responsables et respectueux des lois à leur mise en liberté. En effet, la loi qui autorise le BEC à enquêter sur les plaintes des délinquants et qui confie au SCC le pouvoir d'administrer les peines de ressort fédéral prévoit que les deux organismes travaillent en parallèle, et non l'un contre l'autre.

Répondre aux préoccupations soulevées par le Parlement au sujet de problèmes qui touchent les Canadiens est l'un des aspects les plus satisfaisants de mon travail. L'an dernier, le Bureau est comparu plusieurs fois devant des comités parlementaires pour communiquer de l'information, apporter son point de vue et donner un témoignage sur diverses questions touchant le système de justice pénale. D'après notre expérience, la possibilité de discuter avec les parlementaires des questions concernant la réforme des services correctionnels et de la détermination de la peine en apportant un point de vue indépendant et impartial revêt de plus en plus d'importance, et j'estime que cela fait partie du mandat de service public de mon Bureau. Il s'agit d'un rôle que je considère comme important et que je respecte.

Je suis fier de présenter le 38e rapport annuel du Bureau. Tout en rendant compte des principales réalisations et des préoccupations courantes, le rapport présente plusieurs exemples où, grâce à son influence et son intervention, le Bureau a eu une incidence positive sur les services correctionnels fédéraux en 2010-2011. Le rapport est organisé en fonction des six grandes priorités autour desquelles sont structurées les ressources en matière d'enquête, de production de rapports, de résolution des plaintes et de politiques du Bureau :

- **Accès aux services de santé physique et mentale**
- **Prévention des décès en établissement**
- **Conditions de détention**

- **Questions touchant les délinquants autochtones**
- **Accès aux programmes correctionnels**
- **Questions touchant les délinquantes sous responsabilité fédérale**

Ces priorités orientent les visites du personnel dans les établissements correctionnels et servent de points de référence clés durant les réunions et les séances récapitulatives de même que la correspondance entre les membres de mon personnel et le Service. Nous nous attendons à ce que ces priorités gagnent en importance au fur et à mesure qu'augmentera la population carcérale.

Il ne faut pas oublier que les délinquants ont une identité et une vie distinctes de leur crime. Ils ont été incarcérés en raison de leurs transgressions; ils n'ont pas été privés de leur humanité. La loi ne cesse pas de s'appliquer aux portes de la prison. D'ailleurs, la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* reconnaît que « le délinquant continue à jouir des droits et privilèges reconnus à tout citoyen, sauf de ceux dont la suppression ou restriction est une conséquence nécessaire de la peine qui lui est infligée ». Ce principe de droit constitue une expression fondamentale des valeurs canadiennes. Il traduit le fait que nul d'entre nous, pas même les individus privés de liberté, ne perd son droit d'être traité avec dignité, de manière équitable et humaine, ou ne peut y renoncer.

Lorsque nous enquêtons sur une plainte, nous constatons souvent que la plainte, bien qu'elle soit particulière au délinquant, porte sur une question de nature générale ou systémique. En effet, la plainte, une fois décortiquée, puise souvent son origine dans une interprétation étroite ou restrictive des politiques ou dans le refus déraisonnable d'accorder à une personne en particulier ou à un groupe un droit ou un privilège. Au fil du temps, ces restrictions deviennent courantes, comme la décision de refuser à une délinquante de niveau de sécurité maximale la permission de participer à des activités de groupe, un droit cependant accordé aux détenus de sexe masculin dans des situations semblables. Dans cette affaire, le directeur a accepté l'opinion du Bureau, selon qui le niveau de sécurité de la délinquante ou de son unité ne justifiait pas en soi l'interdiction de participer à des activités de groupe. Dans un établissement à niveaux de sécurité multiples où les délinquantes sont individuellement évaluées, classées et placées en fonction des risques et des besoins, la distinction entre le niveau de sécurité et le placement est importante, car elle détermine la nature des droits et privilèges dont celles-ci peuvent seulement bénéficier en fréquentant d'autres personnes, ainsi que les limites à cet égard.

Le Bureau continue d'examiner des questions liées à des droits de la personne fondamentaux et de respect des lois. Par exemple, en invoquant le droit à l'égalité et à la langue, le Bureau est intervenu avec succès dans le cas d'un délinquant à qui l'on avait refusé l'accès à des programmes correctionnels dans la langue officielle de son choix. De même, le Bureau a joué un rôle déterminant dans le cas d'un groupe de détenus autochtones dont la cour d'exercice à l'extérieur avait été réduite à un tel point au fil des ans qu'il était impossible pour ceux-ci de profiter de l'air frais et de faire de l'exercice dehors. Mon Bureau est également intervenu dans le cas d'un détenu âgé et alité hébergé dans un centre de traitement qui était soumis à des fouilles à nu avant de recevoir des visiteurs alors qu'il était incapable même de s'habiller seul. Selon nous, cette pratique était inutile, particulièrement intrusive et humiliante.

Ce ne sont là que quelques exemples illustrant comment le Bureau pèse dans la balance afin de faire en sorte que les pratiques correctionnelles sont justes et respectueuses des lois et de la dignité humaine. Toute personne, peu importe son origine ethnique, sa position dans la société ou ses démêlés avec la loi, mérite un traitement équitable devant la loi et dans l'application de la

loi. La plupart des détenus seront un jour mis en liberté et devront recommencer leur vie parmi nous, tout en respectant les lois qui ont mené à une restriction de leurs libertés.

Au cours de la dernière année, des progrès considérables ont été accomplis relativement à des questions liées aux politiques qui semblaient pourtant insolubles il y a quelque temps :

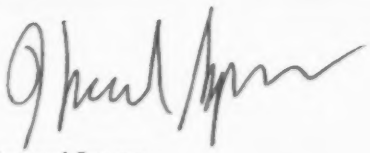
1. Par suite d'une enquête du BEC sur l'utilisation dangereuse des armes à feu dans un établissement à sécurité maximale, le fait pour un employé des services correctionnels de montrer son arme sera de nouveau traité comme un incident de recours à la force devant être signalé. Ce type d'incidents sera donc assujetti à des mesures plus serrées, notamment en matière de surveillance et de production de rapports, comme c'est le cas pour les policiers qui montrent leur arme en public.
2. Après avoir admis que le Protocole de gestion des délinquantes ayant des besoins élevés n'était pas conforme aux pratiques correctionnelles efficaces et s'être engagé à y mettre fin dès qu'il trouverait une solution de rechange adéquate, le Service cessera cette pratique problématique en mai 2011.
3. À la suite de la publication de plusieurs rapports internes et externes critiquant la détérioration de la qualité de la sécurité active, le Service est en train de mettre en place un programme national de formation de recyclage sur cet aspect essentiel des services correctionnels.
4. Une unité et un programme de soins pour les besoins complexes à l'intention des détenus qui ont des comportements d'automutilation graves ou chroniques sont à l'essai dans la région du Pacifique, tout comme une unité de soins de santé mentale intermédiaires dans un établissement à sécurité maximale de la région de l'Ontario.
5. En réponse aux préoccupations soulevées par le Bureau, le commissaire du SCC s'est engagé à recourir seulement en dernier recours (cas d'urgence) à la double occupation des cellules d'isolement, lorsque toutes les autres options seront épuisées. Il a précisé que le Service est toujours d'avis que l'occupation simple constitue le moyen le plus approprié de répondre aux besoins d'hébergement des délinquants. Ces engagements sont importants, considérant que le taux d'occupation double se situe à 13 % et va en augmentant.

Manifestement, il est dans la nature d'un organisme de surveillance de relever les domaines où il est possible ou nécessaire d'améliorer le rendement. Dans le rapport de cette année, nous avons relevé des lacunes en matière de prestation de services et de capacité, plus particulièrement en ce qui a trait aux délinquants souffrant de problèmes de santé mentale. Le présent rapport porte une attention particulière au nombre croissant de délinquants de plus de 50 ans, et à leurs besoins grandissants, car il s'agit d'un problème qui mérite plus d'attention et pour lequel des mesures doivent être prises. En fait, les préoccupations et questions touchant les délinquants âgés s'étendent à d'autres priorités, comme la santé mentale et physique, les décès en établissement, les conditions de détention et l'accès aux programmes. Le rapport présente d'autres sujets de préoccupation, comme le recours à la force, l'isolement à long terme, les traitements imposés et le consentement éclairé dans un contexte correctionnel, et les répercussions du surpeuplement dans les prisons.

Plus que les précédents sans doute, le présent rapport souligne et reconnaît ce que le Bureau considère comme des pratiques correctionnelles modèles ou exemplaires. Nous espérons ainsi encourager l'adoption de pratiques exemplaires partout au Service. Le SCC dispose d'un effectif productif, diversifié et motivé. Dans bien des cas,

l'esprit d'initiative, l'innovation et la détermination à l'échelle locale permettent au personnel opérationnel d'assurer la gestion malgré les lacunes dans les politiques nationales. Il faut s'attendre à ce qu'il y ait des différences régionales et même locales en matière de services, de ressources et de capacité dans un organisme aussi vaste, complexe et décentralisé que le SCC. L'important, c'est que l'organisme continue de s'adapter, d'apprendre et de s'améliorer.

Je tiens à profiter de la présentation du 38e Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel pour remercier les employés de mon organisme, qui font preuve d'une détermination remarquable dans leur travail et qui ne devraient jamais mettre en doute que leurs efforts pèsent bel et bien dans la balance.



Howard Sapers
Enquêteur correctionnel du Canada

« Les Canadiens croient en la primauté du droit, et celle-ci joue un rôle singulièrement important et nécessaire dans l'administration de la justice, surtout lorsqu'il y a privation de liberté. »

Message du directeur général

S'organiser pour réussir

L'exercice de planification stratégique et d'établissement de priorités de cette année a permis de relever et d'établir six secteurs de préoccupation qui guideront nos activités en 2011-2012 : l'accès aux services de santé mentale et physique, la prévention des décès en établissement, les conditions de détention, les services correctionnels pour Autochtones, l'accès aux programmes et les questions touchant les délinquantes sous responsabilité fédérale.

La gestion de l'information prend de plus en plus d'importance, comme source de préoccupation et comme priorité, à l'échelle du gouvernement, et il en est de même au Bureau. Le BEC doit réaliser des investissements à cet égard afin de maintenir son intégrité opérationnelle. Au cours de la période visée par le rapport, le Bureau a pourvu de façon indéterminée le poste de chef, Gestion de l'information, et il est en train d'établir un plan stratégique triennal de gestion de l'information qui facilitera la gestion, la récupération, l'entreposage et la classification des documents.

Il importe de noter que le Bureau a fait l'objet de deux importants exercices externes de vérification et d'évaluation de la conformité au cours de la période visée, soit une vérification des contrôles de base des services organisationnels et un autre exercice sur la responsabilité à l'égard de la dotation. Dans les deux cas, le BEC a pu montrer qu'il respectait pleinement toutes les politiques et les lignes directrices, et qu'il y avait seulement quelques divergences mineures. Pour un Bureau de petite taille, il s'agit là de réalisations remarquables.

Dans une perspective d'avenir, le Bureau a mis à jour son plan intégré des ressources humaines. De manière générale, ce plan traduit pour les trois prochaines années l'orientation stratégique et les priorités qui influeront sur la gestion des ressources humaines. Fort d'une augmentation de son budget opérationnel, le Bureau est beaucoup mieux placé financièrement pour faire un excellent travail dans le cadre de son mandat en matière d'enquête tout en améliorant sa réputation en tant qu'employeur de choix.

Dans l'année qui vient, je compte bien améliorer la rigueur et la qualité de nos enquêtes ainsi que resserrer notre suivi auprès du SCC. Nous savons que nous avons du pain sur la planche si nous voulons répondre aux normes de plus en plus élevées en matière de prestation de services, plus particulièrement en ce qui a trait à la rapidité d'exécution et à l'accès. Pour ce qui est de l'accessibilité, nous avons l'intention de revoir et de mettre à jour les documents de sensibilisation et de promotion qui rendent nos services accessibles aux détenus sous responsabilité fédérale.

Informer le public des questions relatives aux services correctionnels fédéraux est un aspect important du mandat du BEC. Le Bureau lancera une version moderne et interactive de la plateforme de son site Web en 2011-2012 afin de présenter les enjeux de façon accessible, utile et conviviale. En prenant ces mesures, nous espérons présenter de manière juste et qui fait autorité des questions complexes et difficiles, mais toujours intéressantes.

Ivan Zinger, LL.B., Ph.D.
Directeur général et avocat principal

Accès aux services de santé mentale

1A

La demande croissante de services de santé mentale continue de poser d'importantes difficultés pour le SCC. Selon les dernières données du SCC, 38 % des hommes admis dans un établissement fédéral auraient besoin de subir des évaluations plus approfondies pour déterminer s'ils ont des besoins en matière de santé mentale. Chez les femmes, ce pourcentage est de plus de 50 %[1]. Ces chiffres sont probablement plus élevés dans la réalité, puisque les troubles de santé mentale sont généralement sous-signalés dans un contexte carcéral en raison des préjugés, de la peur, du manque de détection ou de diagnostic. Nous savons par exemple que ces données ne comprennent pas un large éventail de troubles de santé mentale, car les services correctionnels fédéraux ont une capacité limitée d'évaluer systématiquement, au moment de l'admission des délinquants sous responsabilité fédérale, les problèmes cognitifs, les troubles déficitaires de l'attention, l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et d'autres troubles neurologiques.

Grâce à de nouvelles ressources et à l'augmentation de la capacité en matière de services de santé mentale dans la collectivité et en établissement, le SCC a apporté des améliorations importantes :

1. **mise en place d'un système informatisé d'évaluation et de dépistage à l'admission;**
2. **améliorations des soins de santé mentale primaires dans les établissements;**
3. **formation de base sur la santé mentale donnée au personnel de première ligne;**
4. **planification clinique de la continuité des soins visant à appuyer les délinquants qui sont atteints de troubles de santé mentale et qui sont mis en liberté dans la collectivité.**

Malgré les investissements réalisés et les améliorations aux programmes, il est clair que le SCC fait face à des enjeux et à des restrictions très difficiles :

- **L'accès aux services de traitement et d'intervention dans la plupart des pénitenciers demeure inadéquat.**
- **Une seule unité de soins de santé mentale intermédiaires a été établie à titre de projet pilote, et un seul programme pilote a été mis en place pour les délinquants qui s'automutilent (il n'y a aucun service spécialisé pour les délinquantes qui s'automutilent.)**
- **L'isolement préventif demeure trop souvent la seule option pour l'hébergement des délinquants qui présentent des symptômes graves de problèmes de santé mentale.**
- **La stratégie adoptée par le Service afin d'améliorer le recrutement et la conservation des effectifs parmi les professionnels de la santé mentale (en particulier le personnel infirmier clinique, les psychologues et les psychiatres) n'a pas donné les résultats escomptés.**

1 WILTON, G. « Validation du Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI) », *Résultats de recherche émergents*, numéro 10-2 (2010), Ottawa, Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada. Voir aussi « Regional Mental Health Findings Summaries (Needs Analysis) », examens manuels des dossiers, novembre/décembre 2009.

Pleins feux

Tableau de la détresse psychologique

Une étude menée de février 2008 à avril 2009 auprès de 1 300 délinquants de sexe masculin nouvellement incarcérés révèle ce qui suit :

- À l'admission, 38,4 % des délinquants affichaient des symptômes associés à de possibles problèmes de santé mentale nécessitant une évaluation de suivi par un professionnel de la santé mentale, y compris les suivants :
  - Trouble obsessionnel-compulsif (29,9 %)
  - État dépressif (36,9 %)
  - Anxiété (31,1 %)
  - Mode de pensée persécutoire (30,6 %)
  - Psychotisme (51 %)
- Soxante-dix-huit pour cent (78 %) des délinquants ayant un problème d'abus d'alcool allant d'important à grave ont déclaré vivre aussi une forte détresse psychologique (trouble concomitant).
- Les délinquants autochtones sont cinq fois plus nombreux à être catégorisés comme étant gravement dépendants à l'alcool que les délinquants non autochtones.
- Vingt-neuf pour cent (29 %) des délinquants ont obtenu un score élevé aux échelles évaluant la dépression et le désespoir; plus de 20 % de la population admet au moins un item sur l'échelle de l'indicateur historique de suicide.

Source : SCC. *Rapport initial sur les résultats du projet pilote sur le Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI)*, mars 2010.

Bâtis en fonction d'une autre génération de délinquants au profil bien différent, les pénitenciers fédéraux canadiens ont des limites sur le plan des infrastructures matérielles et de la conception qui nuisent à la prestation des programmes et des services requis pour répondre aux besoins sans cesse plus complexes des délinquants atteints de troubles de santé mentale. Les pénitenciers ne sont pas des hôpitaux, et les conditions carcérales sont loin d'être thérapeutiques ou propices à la réadaptation. Le fait d'incarcérer les détenus souffrant de troubles de santé mentale dans des conditions ou un environnement où il est difficile de répondre à leurs besoins va à l'encontre des objectifs en matière de sécurité publique et de réadaptation. En termes simples, il n'y a pas suffisamment de moyens, de ressources ou de professionnels pour répondre à la demande grandissante à laquelle doit faire face un système qui n'a jamais été conçu pour gérer une population aussi gravement malade.

Sous mandat

En septembre 2010, le rapport d'un expert-conseil commandé par le Bureau et intitulé *Sous mandat : Un examen de la mise en œuvre de la Stratégie en matière de santé mentale du Service correctionnel du Canada* a été rendu public. (Il avait été communiqué au Service en mars 2010.) Rédigé par John Service, Ph. D., ancien directeur général de la Société canadienne de psychologie et ancien directeur de l'exploitation de la Commission de la santé mentale du Canada, le rapport précise entre autres que le Service correctionnel du Canada (SCC), malgré les fonds récemment obtenus et le lancement de la stratégie en matière de santé mentale en 2004, n'a pas été en mesure pour cette initiative de fournir un document de planification et un cadre de responsabilisation complets et approuvés par la direction. Le rapport expose d'autres lacunes en matière de planification et de prestation de services de santé mentale, signalant qu'un fort pourcentage des détenus souffrant de

problèmes de santé mentale tombent entre les mailles du filet, parce qu'ils n'ont pas accès à des soins intermédiaires dans les pénitenciers ou qu'ils ne répondent pas aux critères d'admission des cinq centres régionaux de traitement psychiatrique.

Appuyant les résultats clés du rapport, l'enquêteur correctionnel a formulé cinq recommandations :

1. que le SCC publie sa Stratégie en matière de santé mentale, approuvée et à jour, par souci de transparence et de responsabilité;
2. que le SCC exige immédiatement que l'on mène une vérification indépendante de son cadre de gestion et de ses structures de responsabilisation pour la prestation de services de santé mentale et que les résultats soient rendus publics;
3. que le SCC réaffecte des ressources afin que la mise en œuvre de la Stratégie en matière de santé mentale soit entièrement financée, en accordant une attention particulière aux soins intermédiaires;
4. que le SCC élargisse, étudie et mette en place d'autres partenariats avec les provinces et les territoires relativement à la prestation de services de santé mentale;
5. que le SCC offre un soutien accru pour l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de santé mentale et de services correctionnels et travaille avec des partenaires et des intervenants afin d'établir des lignes directrices, des structures de gouvernance et des calendriers précis pour la mise en œuvre de cette stratégie d'ici la fin de 2012

En guise de réponse, le Service a remis un exemplaire de la nouvelle version de la Stratégie en matière de santé mentale, tel qu'approuvé par son comité de haute direction en juillet 2010.

Depuis 2004, le BEC a soulevé à maintes occasions la question des soins et des traitements offerts aux détenus atteints de troubles de santé mentale et a produit plusieurs rapports à ce sujet. Parmi les plus importantes recommandations du Bureau sur la question, mentionnons les suivantes :

- Réaffecter les ressources afin de financer entièrement la mise en place d'unités de soins intermédiaires.
- Redoubler d'efforts afin de recruter, de conserver et de former des intervenants en santé mentale spécialisés et professionnels.
- Gérer les comportements et les incidents d'automutilation comme un problème de santé mentale au lieu d'une question de sécurité.
- Accroître la capacité des cinq centres régionaux de traitement.
- Interdire les injections forcées à un délinquant qui n'a pas été déclaré inapte et à qui on a mis du matériel de contrainte pour des raisons de santé ou de sécurité.
- Interdire l'isolement prolongé des délinquants à risque de suicide ou d'automutilation et ceux qui ont de graves problèmes mentaux.
- Prévoir qu'un spécialiste indépendant préside les enquêtes nationales sur les suicides et les incidents d'automutilation graves.
- Élargir les partenariats avec les provinces et les territoires relativement à la prestation de services de santé mentale de rechange.
- Offrir des soins de santé 24 heures par jour et sept jours par semaine dans tous les établissements à sécurité maximale, à sécurité moyenne et à niveaux de sécurité multiples.

Rapport du Comité permanent

Rendu public en décembre 2010, le rapport du Comité permanent de la sécurité publique et nationale intitulé *La santé mentale et la toxicomanie dans le système correctionnel fédéral*, reprend un grand nombre des constatations, des observations et des recommandations susmentionnées. Comme l'indique le Comité :

> *Les préoccupations soulevées par l'enquêteur correctionnel se rapprochent des problématiques qu'a identifiées le Comité lors de son examen. La santé mentale, les incidents d'automutilation, les services de santé, les programmes correctionnels, les formes d'isolement, les délinquants autochtones, les femmes purgeant une peine de ressort fédéral, les décès en établissement et les lacunes en matière de sécurité active figurent parmi les différentes préoccupations soulevées dans ce rapport. Il est regrettable que le SCC tarde à mettre en œuvre l'ensemble des recommandations de l'enquêteur qui, de l'avis du Comité, permettraient au SCC de rehausser sa capacité de confronter les nombreux enjeux liés à la composition de sa clientèle carcérale.*

Comportant au total 71 recommandations, notamment que le SCC mette en œuvre toutes les recommandations contenues dans le 36e rapport annuel du Bureau, le rapport du Comité offre une feuille de route pouvant servir à ancrer les réformes nécessaires au cadre de soins de santé mentale et de services correctionnels du Canada. Le SCC ne devrait pas manquer l'occasion d'agir que présente ce rapport du Comité permanent. J'encourage d'ailleurs le gouvernement à accepter et à mettre en œuvre les principales recommandations du rapport du Comité permanent, y compris celles visant à améliorer les infrastructures matérielles, à renforcer les interventions en santé mentale et à combler les lacunes en matière de recrutement et de conservation des intervenants en santé mentale.

Le gouvernement n'a toujours pas répondu à la demande du Comité de présenter une réponse détaillée. Toutefois, la multiplication des partenariats et des ententes de prestation de services entre, d'une part, les responsables des services correctionnels et de santé mentale fédéraux et, d'autre part, ceux des provinces et territoires, en vue d'offrir aux détenus sous responsabilité fédérale un accès à des soins identique à celui des autres Canadiens, est une voie très prometteuse. Le Comité expose les avantages de transférer la responsabilité des soins de santé au sein du système correctionnel fédéral aux autorités sanitaires provinciales. Il présente d'ailleurs une recommandation précise à cet égard, que le Bureau appuie pleinement :

> *Que le Service correctionnel du Canada établisse des ententes avec des hôpitaux psychiatriques provinciaux — qui ont des structures pouvant accueillir les délinquants sans compromettre la sécurité publique — en vue du transfert, avec compensation financière, de certains détenus qui présentent une menace pour eux-mêmes ou pour les autres et qui ne peuvent être traités dans les centres régionaux de traitement. Ces ententes devraient permettre au personnel correctionnel d'être affecté aux établissements pendant un transfert pour assurer la sécurité publique.*

Autrement dit, au cas par cas, il faudrait envisager de transférer dans des installations de soins de santé mentale provinciales ou territoriales les délinquants souffrant de problèmes de santé mentale qui ne peuvent pas recevoir un traitement efficace ou qui ne peuvent pas être gérés sécuritairement dans les établissements du SCC. Au cours de la période visée par le présent rapport, le Bureau est intervenu afin d'amener le Service à prendre des arrangements de rechange en Ontario pour la garde de deux délinquantes qui s'automutilaient. Selon nous, le SCC a très peu à offrir aux détenues qui s'automutilent de manière chronique, que ce soit un programme de traitement clinique efficace ou un milieu thérapeutique approprié. Pour l'une des délinquantes transférées dans un établissement de soins provincial, il y a eu une amélioration marquée et remarquable du fonctionnement mental.

L'idée d'offrir par d'autres moyens des services a été mise de l'avant dans le cadre de la recommandation 16 du rapport du BEC sur le décès d'Ashley Smith, dans lequel le Bureau encourageait le SCC à entreprendre « de vastes consultations auprès de ses partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et non gouvernementaux afin d'examiner la prestation de soins aux délinquants sous responsabilité fédérale et de proposer des modèles de rechange pour assurer ces services. » En réponse à cette recommandation, le Service a demandé à un expert-conseil externe d'étudier d'autres modèles pour la prestation de soins de santé dans un contexte correctionnel[2].

Dans son rapport, l'expert-conseil fait remarquer que la Nouvelle-Écosse et l'Alberta avaient transféré à leurs autorités sanitaires la responsabilité de la prestation de services de santé aux détenus sous responsabilité provinciale. Il s'agit là d'un argument en faveur d'un changement modeste, mais évolutionnaire, au modèle de prestation de services de santé mentale au sein du SCC, impliquant une multiplication des ententes de partenariats avec les hôpitaux provinciaux, un recours accru aux fournisseurs de services et aux ressources dans la collectivité et le transfert, par voie contractuelle, des services de santé mentale spécialisés aux autorités sanitaires provinciales. Un tel changement donnerait suite au rapport du Comité permanent et amènerait le SCC à amorcer une phase novatrice et exploratoire en vue de trouver de meilleures façons d'offrir des services de santé en milieu correctionnel. Le BEC souscrit à l'orientation et à l'approche exposées dans le rapport en question.

1. Je recommande que le SCC mette en œuvre des ententes et des arrangements de diversification des modes de prestation des services de santé mentale avec les provinces et les territoires, conformément au cadre d'évaluation des modèles de rechange pour la prestation des services, ainsi qu'au rapport du Comité permanent de la sécurité publique et nationale intitulé « La santé mentale et la toxicomanie dans le système correctionnel fédéral ».

Problèmes de conformité dans les centres régionaux de traitement

Un grand nombre des problèmes liés au traitement, à la gouvernance et à la prestation de services relevés dans le rapport Sous mandat sont étudiés plus en détail dans un rapport de vérification interne récent sur les centres régionaux de traitement (CRT) et le Centre psychiatrique régional (CPR)[3]. Le SCC exploite cinq centres de traitement, qui ont une capacité totale de 675 places, emploient 781 équivalents temps plein et disposent d'un budget consolidé de 75 millions de dollars. Ces centres offrent des services actifs et prolongés de soins de santé mentale aux détenus atteints de graves troubles mentaux nécessitant une hospitalisation. Les CRT sont en fait des établissements hybrides : selon la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC), il s'agit de « pénitenciers », mais ces centres fonctionnent comme un « hôpital » assujetti aux lois provinciales en matière de santé mentale. Sauf pour celui de la région des Prairies, tous les centres de traitement sont situés dans l'enceinte d'autres établissements du SCC. Désignés des établissements à niveaux de sécurité multiples, trois des cinq centres de traitement sont des hôpitaux psychiatriques accrédités.

2 *Rapport sur le cadre d'évaluation de la diversification des modes de prestation de services – Réponse du SCC à l'égard de la recommandation 16*, rédigé par Jim Thomas, décembre 2010.

3 SCC, *Vérification des centres régionaux de traitement et du Centre psychiatrique régional*, janvier 2011.

Le rapport de vérification précise que « les centres régionaux de traitement ont fait l'objet de plusieurs examens ces dernières années, qui ont mis en évidence la nécessité pour le SCC d'améliorer les services de santé mentale fournis aux détenus ». Il expose plusieurs problèmes de conformité :

- **Il y a un manque de clarté au sujet de ce qui constitue un service essentiel par rapport à un service non essentiel de santé mentale.**
- **On n'obtenait pas toujours le consentement libre et éclairé, ou on ne consignait pas que l'on avait obtenu celui-ci, avant de procéder au traitement.**
- **En ce qui a trait aux traitements et admissions imposés, on ne se conformait pas toujours aux lois provinciales applicables au moment de traiter des détenus incapables de comprendre les conditions d'un consentement éclairé.**
- **L'enregistrement vidéo des cas de recours à la force, nécessitant potentiellement l'utilisation de matériel de contrainte, n'était pas toujours fait comme le prescrivent les politiques.**
- **Souvent, on ne consignait pas par écrit la prise en compte de l'état de santé mentale du détenu dans les décisions relatives au transfèrement, à l'isolement préventif et à l'imposition de mesures disciplinaires.**
- **Les normes et critères en matière d'admission et de sortie relativement aux centres de traitement varient à l'échelle du pays.**

Un grand nombre de ces points ont été soulevés par le Bureau, plus particulièrement dans les constatations, recommandations et mesures correctives formulées à la suite de l'affaire Ashley Smith, qui mettait en cause des injections médicales forcées, la contrainte chimique et les traitements imposés. En effet, le comité d'enquête nationale sur le décès d'Ashley Smith a noté qu'il semblait y avoir un manque de compréhension généralisé au sujet des politiques relatives au consentement éclairé, au traitement imposé et à l'application des lois provinciales dans un contexte correctionnel. Ce comité a déterminé que les intervenants en santé mentale devaient se débrouiller pour savoir quelles mesures législatives provinciales sont applicables aux centres de traitement fédéraux.

Conformément aux résultats de la vérification, les enquêteurs du BEC ont remarqué des différences quant aux critères d'admission et de sortie appliqués par les centres régionaux. Par exemple, certains centres de traitement peuvent accueillir des détenus qui ne sont pas atteints de troubles de santé mentale, mais qui ont une déficience physique, qui nécessitent des soins palliatifs ou qui sont autrement vulnérables dans leur établissement d'origine. Cette pratique douteuse, en plus d'engager des dépenses et de représenter une utilisation inappropriée des installations, crée des difficultés et des dilemmes sur le plan opérationnel.

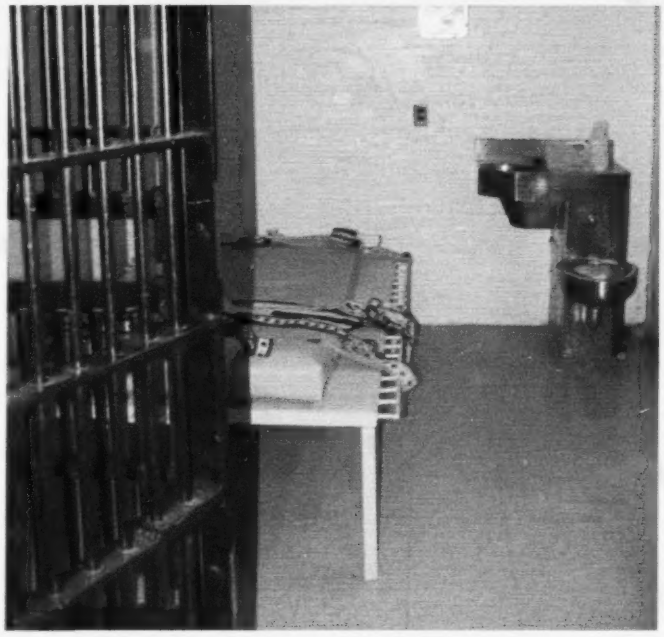
2. Je recommande que le Service mette en œuvre le Plan d'action de la gestion afin de corriger les problèmes de conformité et de rendement relevés lors de la vérification interne de janvier 2011 visant les centres régionaux de traitement et le Centre psychiatrique régional au cours de l'exercice 2011-2012 et qu'il fasse le point sur la situation d'ici le 31 mars 2012.

Recours au matériel de contrainte

Le Bureau note avec inquiétude que les intervenants ne s'entendent pas sur la question de savoir si l'utilisation de matériel de contrainte constitue à un recours à la force à signaler ou à une intervention clinique. En fait, il existe une certaine confusion lorsqu'il s'agit de déterminer quand débute et se termine une situation de recours à la force en cas d'utilisation de matériel de contrainte. Ce malentendu fait ressortir le manque de cohésion entre les pratiques de sécurité et les interventions de soins de santé en vue de la gestion des comportements d'automutilation. La situation est troublante pour le personnel de première ligne qui gère ces incidents ainsi que pour ceux qui procèdent aux examens des incidents de recours à la force en vue d'assurer le respect des politiques et des mesures législatives. Le Bureau craint que l'on juge « coopératif » un délinquant qui s'automutile et qui accepte que plusieurs agents correctionnels en uniforme et lourdement équipés lui mettent du matériel de contrainte.

La politique du SCC devrait présenter l'utilisation de matériel de contrainte comme une intervention visant à préserver la vie et à prévenir des blessures graves, et non comme un traitement médical. Par conséquent, toute utilisation de ce matériel devrait être traitée comme un recours à la force à signaler assujetti aux politiques et aux garanties procédurales applicables, y compris l'enregistrement vidéo et audio tant que le délinquant porte le matériel de contrainte. Comme l'a déjà dit le Bureau, le matériel de contrainte, Pinel ou autre, devrait être utilisé dans des situations exceptionnelles et en dernier recours de même qu'être assujetti à un cadre rigoureux de responsabilisation et de surveillance. Par ailleurs, il faudrait donner des instructions explicites et sans ambiguïté quant aux points suivants :

1. **la ou les formes les moins restrictives possible d'intervention à utiliser pour gérer la situation;**



2. **le recours exceptionnel au matériel de contrainte (soit seulement si le délinquant présente un risque immédiat et très élevé de se blesser ou de blesser d'autres personnes);**
3. **l'interdiction absolue d'utiliser le matériel de contrainte à des fins de punition ou de représailles;**
4. **l'utilisation le moins longtemps possible du matériel de contrainte;**
5. **l'établissement de périodes d'évaluation et d'observation clairement définies pour les délinquants portant du matériel de contrainte;**
6. **l'autorisation médicale explicite d'utiliser, de laisser en place ou d'enlever le matériel de contrainte;**
7. **les documents, les rapports et la surveillance nécessaires.**

Il est troublant de noter que les vérificateurs du SCC ont constaté qu'il n'y avait pas de directive ou de mécanisme de surveillance au palier régional ou national relativement à la fréquence ou à la pertinence des cas d'utilisation de ce matériel dans les centres de traitement. À plusieurs reprises, le Bureau a présenté son point

de vue sur la question, pour se faire répondre que les directives étaient en cours d'examen ou que l'on menait des consultations à ce sujet. Il importe de se rappeler que les problèmes de conformité, de gouvernance et de responsabilisation signalés dans le rapport de vérification de janvier 2010 existaient au moment du décès d'Ashley Smith en octobre 2007. La situation est tout simplement intenable.

3. Je recommande que tous les cas d'utilisation de matériel de contrainte à des fins médicales soient immédiatement et sans exception assimilés à un recours à la force à signaler. Les employés appelés à utiliser le matériel de contrainte Pinel devraient suivre une formation sur le signalement, la surveillance et l'utilisation sécuritaire de ce type de contrainte.

Consentement éclairé et traitement imposé

Le Bureau a déjà exposé en détail les considérations juridiques, stratégiques et éthiques qui définissent ce qui constitue le consentement éclairé et le traitement imposé en milieu correctionnel. Notre position sur la question est claire. Nous sommes totalement en désaccord avec le Service, qui estime que l'utilisation de matériel de contrainte ne constitue pas un recours à la force à signaler si le délinquant est coopératif. En milieu correctionnel, les termes « coopératif » et « consentant » ne doivent pas être considérés comme des synonymes. Pour être valide, un consentement doit comporter trois éléments fondamentaux et expressifs :

1. **Respecter la liberté de choix du patient (y compris le droit de refuser un traitement ou de demander à tout moment qu'on y mette fin).**
2. **Assurer une communication adéquate de l'information (diagnostic, nature et but du traitement, risques liés au traitement, autres traitements possibles, etc.).**
3. **Nécessiter une évaluation professionnelle de la capacité du patient de prendre une décision.**

Si l'un de ces éléments est absent ou que l'on n'en tient pas compte, la coopération équivaut uniquement à une acceptation forcée.

Il est inquiétant de constater que des principes de base, comme le consentement éclairé et le traitement imposé, ne sont pas bien compris de tous, consignés par écrit ou mis en pratique dans les centres de traitement. La situation montre le chemin que doit faire le SCC pour répondre aux normes professionnelles généralement acceptées dans la collectivité.

Pleins feux sur

le Consentement éclairé en milieu correctionnel

- Le consentement éclairé à un traitement médical est un concept de droit bien établi.
- Conformément à l'article 88 de la LSCMLC, il y a consentement éclairé lorsque le détenu a reçu les renseignements suivants et qu'il est en mesure de les comprendre :
  a) les chances et le taux de succès du traitement ou les chances de rémission;
  b) les risques appréciables reliés au traitement et leur niveau;
  c) tout traitement de substitution convenable;
  d) les conséquences probables d'un refus de suivre le traitement;
  e) son droit de refuser en tout temps de suivre ou de poursuivre le traitement.
- Le traitement d'un détenu incapable de comprendre tous les renseignements mentionnés est régi par les lois provinciales applicables.

Leçons apprises

Un grand nombre des thèmes mentionnés jusqu'à maintenant traduisent et font ressortir les leçons apprises par suite de cas précis et laissent entrevoir les améliorations systémiques nécessaires quant à la capacité du Service de mieux intégrer les pratiques et politiques en matière de sécurité et d'intervention clinique dans la gestion des délinquants atteints de graves problèmes de santé mentale, notamment ceux qui ont des comportements chroniques d'automutilation. Le BEC continue de relever des cas où, pour gérer les comportements d'automutilation, le Service fait appel à l'isolement quasi-permanent et au matériel de contrainte dans un milieu privatif. Cette approche va à l'encontre de la recherche sur les facteurs qui contribuent à prévenir l'automutilation en établissement, c'est-à-dire passer moins de temps dans une cellule, avoir accès à un emploi et à du counseling individuel, participer à des programmes et avoir des contacts périodiques avec la famille. Les comportements d'automutilation sont d'abord et avant tout une question de santé mentale, et non de sécurité. Souvent un danger pour elles-mêmes, la plupart des personnes qui s'automutilent de manière chronique ne posent pas de danger pour les autres. Par conséquent, le recours à des interventions de sécurité pour contrôler ou gérer ce type de comportements peut avoir un effet contraire.

Autre aspect important, mais encore mal compris : il semble y avoir un lien entre les conditions de détention et la tendance à l'automutilation. Ainsi, plus l'environnement est privatif et restrictif, plus le risque que la personne s'automutile augmente. Paradoxalement, comme l'illustre le cas d'un délinquant décédé des suites de comportements d'automutilation cumulatifs et terribles, un détenu qui porte du matériel de contrainte peut s'infliger plus de dommages que si l'on gérait son comportement en faisant appel à une combinaison de techniques visant à désamorcer la situation, à du counseling individuel et à un traitement clinique. En effet, dans le cas en question, des gains ont été observés et effectués lorsque l'on a eu recours à des pratiques cliniques au lieu de compter presque toujours sur le matériel de contrainte.

La documentation sur le sujet laisse entendre que les interventions cliniques efficaces sont celles qui tiennent compte des motifs sous-jacents et qui visent à les aborder (il s'agit souvent de violence psychologique, physique ou sexuelle ayant infligé un traumatisme), au lieu d'interventions visant simplement à mettre fin temporairement au comportement. Dans cette optique, le Bureau appuie la modification proposée à la politique, selon laquelle l'utilisation du matériel de contrainte Pinel en cas de comportement d'automutilation ou comme composante d'un plan de gestion interdisciplinaire, ne doit pas remplacer les efforts visant à comprendre les causes du comportement et ne doit pas constituer l'intervention principale.

Il n'est pas clair si le Service reconnaît le lien entre, d'une part, la privation, l'isolement (c'est-à-dire les conditions de détention qui nuisent aux interventions, à la participation et à l'interaction) et l'utilisation de matériel de contrainte et, d'autre part, la tendance à l'automutilation, malgré les constatations issues de ses propres études sur le phénomène[4].
Il n'est pas sans intérêt que les délinquants qui s'automutilent considèrent le placement en cellule d'observation ou en isolement ainsi que l'utilisation de matériel de contrainte comme des mesures punitives.

4 Voir, par exemple, *Une étude comparative des rapports d'enquête sur le suicide et l'automutilation au sein de la population carcérale dans les établissements fédéraux au Canada*, mai 2010, et *Résultats préliminaires de l'étude sur l'automutilation chez les femmes*, juillet 2010.

Il n'y a pas de doute que les comportements chroniques d'automutilation sapent les effectifs. Le Bureau continue de constater le transfèrement des délinquants en question dans d'autres établissements pour donner un répit aux employés. Autrement dit, le stress et la fatigue du personnel peuvent motiver le transfèrement d'un délinquant qui s'automutile, sans que l'on tienne compte de la meilleure option en matière de traitement ou des besoins de soins de santé de celui-ci. Le rôle, les responsabilités et les conditions de travail des employés doivent, il va de soi, être respectés. Toutefois, le SCC est quand même tenu légalement de gérer les besoins de santé des délinquants. Même si le mandat premier des agents correctionnels est d'assurer la sécurité de tous délinquants malades, ils doivent mener leurs activités en respectant un modèle clinique qui reconnaît la sécurité comme étant un facteur d'intervention clinique.

4. Je recommande que le Comité consultatif sur les soins de santé étudie différents modèles afin d'améliorer la surveillance et la responsabilisation relativement aux pratiques et aux lignes directrices en matière de traitement clinique des détenus qui s'automutilent, notamment la défense des droits des patients, l'utilisation du matériel de contrainte, le traitement imposé et le consentement éclairé en milieu correctionnel.

Programme et unité de soins pour les besoins complexes

Le programme pilote de soins pour les besoins complexes, qui consiste en la mise en place d'une unité de dix places au Centre régional de traitement de la région du Pacifique, a été lancé en novembre 2010 afin de servir de centre national de traitement pour les délinquants de sexe masculin qui s'automutilent de façon chronique. Il s'agit d'un pas dans la bonne direction, mais en l'absence de critères d'admission et de sortie clairement établis (notamment de règles concernant les transfèrements sollicités et imposés et le consentement au traitement), de plan de traitement éprouvé et de la volonté de toutes les régions du SCC d'appuyer le programme pilote en facilitant le transfèrement en temps opportun des délinquants visés, il n'est pas certain que le programme demeurera en place tel quel après la période d'essai de 18 mois.

L'approche du Service pour les cas d'automutilation se caractérise autant par des promesses et des projets pilotes que des plans et des priorités. Le Service modifie sans cesse, semble-t-il, ses politiques, plans d'action et stratégies applicables à l'échelle nationale. Bien que nécessaires et importantes, les activités et la recherche associées au dossier sont toujours « en cours ».

Il semble que le Service ne réussisse pas à mettre en place un cadre national viable qui englobe les trois éléments nécessaires pour gérer les comportements d'automutilation, soit une stratégie de financement permanent, un plan ou programme de traitement éprouvé et appuyé par la recherche clinique et l'engagement à offrir un environnement physique propice à une approche thérapeutique axée sur le patient et la continuité des soins.

5. Je recommande, en attendant l'élaboration et l'évaluation d'un programme de traitement efficace dans le cadre du Programme pilote de soins pour les besoins complexes et l'obtention d'un financement permanent pour le fonctionnement courant de l'unité en question, que les cas les plus graves, chroniques et complexes d'automutilation parmi les délinquants sous la garde du SCC fassent l'objet d'un examen en vue de leur transfèrement immédiat dans des centres de soins de santé mentale provinciaux.

Soins de santé physique

1B

En particulier pour les délinquants âgés

La vie en prison n'est pas facile, mais elle n'est pas censée l'être non plus. Le stress lié à l'incarcération, combiné à des années difficiles et à des habitudes de vie malsaines de longue date précédant l'arrivée en prison, ajoutent des années à l'âge chronologique des détenus. D'autres facteurs de stress, comme le fait d'être séparé de sa famille et de ses amis, la perspective de vieillir derrière les barreaux, la peur et la menace de victimisation, explique pourquoi l'âge physiologique d'un détenu peut être plus élevé que son âge réel.

Il y a de plus en plus de personnes infirmes, atteintes de déficience ou âgées dans les établissements canadiens. Le traitement de maladies chroniques associées à l'âge, comme le cancer, l'emphysème, la démence, le diabète et les maladies cardiovasculaires, occupe une place de plus en plus importante étant donné que le pourcentage de détenus âgés augmente. Le traitement de ces maladies nécessite souvent un accès à des installations médicales externes, et un grand nombre de délinquants atteints de maladies chroniques auront besoin de soins palliatifs

Les délinquants âgés sont souvent négligés, mais ils représentent un segment important et croissant de la population des délinquants.

À l'heure actuelle, près de 20 % de la population carcérale fédérale est âgée de 50 ans et plus, et 30 % des délinquants dans la collectivité ont 50 ans et plus[5]. Tout comme la population canadienne « grisonnante », le nombre de délinquants âgés sous responsabilité fédérale augmente chaque année. Au cours des dix dernières années, le nombre de délinquants âgés purgeant une peine de ressort fédéral a augmenté de plus de 50 %[6]. À l'instar de la société canadienne vieillissante, le pourcentage de délinquants âgés sous responsabilité fédérale continuera de croître dans les années à venir[7].

Conditions de détention et délinquants âgés

L'aménagement et l'infrastructure d'un pénitencier fédéral typique ne répondent pas aux besoins des délinquants vieillissants et âgés. L'âge moyen des établissements carcéraux fédéraux est de 47 ans. En fait, plusieurs pénitenciers sont désignés des édifices à valeur patrimoniale, et cinq ont été construits entre 1835 et 1900. Les pénitenciers en service de nos jours ont été conçus pour des jeunes hommes et ne sont pas très accessibles pour les personnes à mobilité réduite ou ayant une déficience visuelle. Les déplacements physiques et l'accessibilité, les soins pour maximiser l'indépendance, les soins palliatifs, l'aide à l'emploi et les programmes de formation professionnelle ne sont que quelques-uns des problèmes auxquels font face les délinquants âgés en ce qui a trait aux conditions physiques et aux limites liées à l'incarcération.

Il est très coûteux de rénover les établissements pour installer des accessoires fonctionnels spéciaux dans le but de répondre aux besoins quotidiens en matière de logement, de déplacements, d'élimination, de propreté et d'alimentation d'un segment croissant de la population carcérale, sans compter que plusieurs établissements ont déjà dépassé leur durée de vie utile prévue. Il est très difficile sur le plan opérationnel de répondre aux besoins d'un nombre croissant de délinquants âgés dans des établissements déjà surpeuplés qui ont été conçus et construits pour des détenus plus jeunes, et il faut alors envisager la création de rangées réservées aux délinquants âgés, des unités de soins palliatifs et d'autres installations construites spécialement pour ces délinquants.

Les délinquants à mobilité réduite peuvent se sentir menacés par la population carcérale générale[8]. Le cas échéant, les rangées et les unités spéciales pour les délinquants âgés sont souvent séparées de la section principale de l'établissement, ce qui porte atteinte à la capacité du détenu de participer aux activités routinières de l'établissement. Pour certains délinquants âgés à mobilité réduite, il peut être éprouvant de simplement se rendre dans la cour pour prendre de l'air ou de participer aux activités quotidiennes ou sociales dans la cour ou ailleurs. Les délinquants âgés séparés physiquement du reste de la population peuvent se sentir isolés, abandonnés ou marginalisés[9].

En tant que groupe, les délinquants âgés sont au bas de l'ordre social en prison. Vu leur force physique en baisse, ils sont plus susceptibles d'être victimes d'intimidation par des détenus qui sont plus jeunes, plus forts et plus agressifs qu'eux. Les jeunes détenus peuvent afficher des attitudes, des croyances et des comportements fondés sur l'âgisme. Ils peuvent se moquer des

5 La plupart des administrations, y compris le SCC, utilisent comme point de référence l'âge de 50 ans pour désigner les délinquants vieillissants ou âgés. On considère en général que le processus de vieillissement est accéléré de 10 ans en milieu carcéral.

6 Sécurité publique Canada. *Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition – Rapport annuel 2010*. Ottawa, Sécurité publique Canada, 2010. Voir aussi le *Rapport ministériel sur le rendement 1999-2000* du SCC.

7 Près de 25 % des délinquants purgent une peine à perpétuité ou de durée indéterminée. La plupart de ces délinquants (environ 3 200) sont incarcérés et seront considérés comme « âgés » avant même d'être admissibles à la libération conditionnelle.

8 J.J. Krebs. « Inmate-on-Inmate Victimization among Older Male Prisoners », *Crime and Delinquency*, 53(2), 2007, p.187-218.

9 J.J. Krebs. « A Commentary on Age Segregation for Older Prisoners: Philosophical and Pragmatic Considerations for Correctional Systems », *Criminal Justice Review* 34(1), 2009, p. 119-139.

délinquants âgés ou encore les ridiculiser, les humilier, les manipuler, les harceler ou les agresser, privant ceux-ci de leur sécurité. De façon générale, les études sur la victimisation en prison confirment ce qui suit :

1. **Les délinquants âgés sont victimisés par les jeunes délinquants.**
2. **Ils craignent d'être agressés par les jeunes délinquants.**
3. **Ils préfèrent vivre avec des détenus de leur âge.**
4. **Ils peuvent habiter dans des unités réservées aux délinquants âgés conçues pour les protéger**[10].

Il s'agit là de problèmes de gestion, en plus de questions de sécurité en établissement et de sécurité personnelle.

Les changements à la routine et à la structure peuvent s'avérer particulièrement difficiles pour les délinquants âgés. Par exemple, le nouveau formulaire des médicaments du SCC a nécessité la mise en place de nouvelles règles et a entraîné des changements aux services, limitant notamment l'accès aux médicaments, aux remèdes et aux préparations en vente libre qui étaient auparavant fournis sans problème. Les questions liées à l'activité quotidienne, à la gestion de la douleur et au paiement des divers appareils fonctionnels dont les délinquants âgés ont besoin soulèvent des problèmes, notamment de coût et de gestion de la sécurité. En établissement, les délinquants âgés n'ont pas leur mot à dire au sujet des personnes qui les soignent, de la façon dont ces soins sont prodigués et de ce qui est défini comme un service essentiel.

Programmes et délinquants âgés

Les délinquants âgés ont des besoins différents en matière de programmes. Le SCC subit de plus en plus de pression afin d'offrir en temps opportun (avant l'admissibilité à la libération conditionnelle) les programmes correctionnels, de sorte qu'un grand nombre de délinquants condamnés à un long emprisonnement n'ont pas accès aux programmes avant la fin de leur peine. Il n'est peut-être pas jugé aussi pressant d'offrir aux délinquants âgés des programmes et une formation professionnelle. Ces derniers ne participent pas peut-être aussi pleinement et avec enthousiasme à ces programmes.

Le Service met l'accent sur la formation professionnelle, l'emploi et l'employabilité, afin de développer les compétences pour corriger le manque de compétences professionnelles, d'éducation et de motivation, ce qui est plus ou moins pertinent pour les délinquants âgés qui approchent ou ont atteint l'âge de la retraite. La structure et le contenu des programmes correctionnels existants sont peu adaptés à leur vie. Quelle est l'utilité, par exemple, de suivre un programme qui met l'accent sur des compétences en demande sur le marché et la formation professionnelle pour un délinquant âgé qui approche ou a atteint l'âge de la retraite?

Les délinquants âgés méritent au même titre que les autres de suivre des programmes en vue de leur réadaptation et de leur réinsertion sociale, mais, trop souvent, il y a très peu d'activités qui leur conviennent. Selon les études, les détenus âgés ont rarement accès aux programmes existants en matière de counseling, d'éducation ou de formation professionnelle offerts en milieu carcéral. Un grand nombre de détenus âgés choisissent tout simplement de passer de longues périodes dans leur cellule pendant les heures réservées au travail ou aux programmes, ce qui nuit à leur réadaptation et n'est pas productif.

10 Idem.

Certains délinquants, en raison de leur âge avancé, ont de leur difficulté à comprendre l'information, à interagir ou à participer à des programmes visant à répondre à leurs besoins criminogènes, de sorte qu'il n'est pas facile de leur offrir des programmes pertinents et adaptés. Les délinquants âgés ont souvent besoin de mesures d'adaptation spéciales pour participer à des programmes correctionnels, comme des séances plus courtes que la normale, un accès facile, des appareils fonctionnels ou des pauses fréquentes pour se rendre à la toilette. En apportant de petits changements à la façon dont les programmes sont offerts, le SCC pourrait considérablement augmenter le taux de participation des délinquants âgés. Le modèle actuel de programmes du SCC, qui est surtout axé sur les « niveaux d'intensité », ne correspond pas ou ne répond pas bien aux besoins des délinquants âgés.

La participation à des programmes correctionnels et professionnels est essentielle à la bonne réinsertion sociale du délinquant et, en fin de compte, à la sécurité publique. Cependant, le SCC doit accorder davantage d'attention à la pertinence des programmes correctionnels et professionnels pour les délinquants âgés ainsi qu'aux mesures d'adaptation nécessaires pour offrir des programmes à ce segment en pleine croissance de la population carcérale.

Soins de santé physique et mentale

Les délinquants âgés utilisent plus que les autres groupes les services de soins de santé en établissement. Les conséquences physiques et mentales du vieillissement sont dures pour le corps humain. Les détenus âgés ont un taux plus élevé de troubles de santé légers et graves. Selon des données recueillies aux États-Unis, les délinquants âgés souffrent en moyenne de trois problèmes de santé chroniques en tout temps. Les problèmes les plus souvent signalés sont l'arthrite, les maux de dos, les maladies cardiovasculaires, les problèmes d'endocrine, les maladies respiratoires, les déficiences sensorielles (troubles de l'ouïe et de la vue) et la toxicomanie. Certains délinquants âgés ont de la difficulté à poser des gestes quotidiens (comme manger, s'habiller et assurer leur hygiène) en raison de déficiences physiques[11].

Les problèmes de santé mentale empêchent les délinquants âgés d'avoir une « vie normale » en établissement, notamment participer aux activités et vivre de manière indépendante avec dignité, qu'il s'agisse de manger, de s'habiller et d'assurer leurs soins personnels et leur hygiène. Les troubles de santé mentale les plus courants chez les délinquants âgés sont la dépression, la maladie d'Alzheimer, l'anxiété ainsi que la schizophrénie et la démence en fin de vie[12]. Les délinquants souffrant de maladies dégénératives liées à l'âge caractérisées par des pertes de mémoire ou la distorsion cognitive, comme la démence ou la maladie d'Alzheimer, ont souvent des comportements considérés comme mésadaptés en milieu correctionnel. Ces symptômes englobent les comportements nuisibles ou difficiles, l'anxiété, la paranoïa, la dépression profonde, l'automutilation de même que le refus ou l'incapacité de respecter les règles ou la route en établissement.

11 Victoria Department of Justice. *Growing Old in Prison? A Review of National and International Research on Aging Offenders*, Corrections Research Paper Series, 2010.

12 Cox et J. Lawrence. « Planning Services for Elderly Inmates with Mental Illness », *Corrections Today*, juin 2010.

Soins palliatifs

La gestion des délinquants en phase terminale prend beaucoup de temps et de ressources, en plus d'être coûteuse et épuisante. Les *Lignes directrices sur les soins palliatifs* du SCC reconnaissent que les délinquants sont parfois très malades pendant longtemps et que dans la plupart des cas, ils ont peu de contacts ou de soutien à l'extérieur des murs de la prison. La mise en liberté d'un délinquant en phase terminale est d'autant plus compliquée que souvent celui-ci a très peu de personnes ou de membres de leur famille qui peut l'aider dans la collectivité, surtout les délinquants purgeant une peine de longue durée lorsque les relations avec les proches sont tendues ou réduites à néant. La plus grande peur de nombre de détenus purgeant une longue peine est de mourir en prison. Souvent la seule « famille » d'un détenu mourant est formée de ses pairs, soit d'autres détenus.

Le Service s'efforce d'aider les délinquants à vivre le reste de leurs jours dans un certain confort et en toute sécurité. Il tente d'offrir des soins palliatifs avec compassion, sans porter de jugement. Cela dit, le soulagement de la souffrance et la prestation de soins à la fin de la vie en milieu correctionnel posent des difficultés pratiques, éthiques et morales. Si les soins palliatifs offerts dans un environnement des moins hospitaliers sont sensibles, louables et respectables, c'est grâce en grande partie à l'esprit d'initiative, à la compassion et aux efforts des membres du personnel et des autres détenus.

Faire face au passé et prévoir l'avenir

Les délinquants âgés, en tant que groupe, présentent pour la plupart un faible risque de récidive. En général, ils posent peu de problèmes de contrôle pour les autorités correctionnelles. En fait, selon la plupart des études, les délinquants qui purgent une longue peine sont plus faciles à gérer, car ils sont moins susceptibles d'enfreindre les règles et d'exiger des mesures disciplinaires. Les études précisent également que l'âge est l'un des facteurs les plus importants pour prédire le risque de récidive. Chez les délinquants, l'activité criminelle atteint son point culminant à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, puis diminue au fur et à mesure que la personne vieillit. Un grand nombre de délinquants âgés passent l'âge de commettre des crimes et sont beaucoup moins susceptibles de perpétrer d'autres infractions après leur mise en liberté.

À l'envers de la médaille, la mise en liberté précoce des délinquants alités, inaptes ou en phase terminale va à l'encontre des objectifs et priorités en matière de justice pénale, tels l'exemplarité de la peine, la dissuasion et la neutralisation. La vie n'est pas facile pour les délinquants âgés qui sont atteints de maladies graves ou dont l'état de santé se détériore, mais leur condition ne constitue pas en soi une raison suffisante de leur accorder un pardon conditionnel ou une libération conditionnelle pour des raisons de compassion.

Nonobstant ce qui précède, il y a des moyens de maintenir le caractère réprobateur de la peine tout en agissant de manière humaine. Le problème combiné des infrastructures carcérales inadéquates et de l'invalidité croissante des délinquants âgés exigera une attention croissante au sein des services correctionnels fédéraux. L'enjeu consistera à rendre plus efficaces les politiques et les pratiques tout en recensant et en évaluant de nouvelles approches pour gérer une population qui devrait augmenter au sein des établissements fédéraux.

Pour aller de l'avant, je recommande :

6. Que le Service crée une série appropriée d'activités et de programmes adaptés aux délinquants âgés, notamment des programmes de mise en forme et d'exercice, ainsi que d'autres interventions qui répondent aux besoins particuliers de ces détenus en matière de mobilité, d'apprentissage, d'aide à la vie autonome et de vie autonome.
7. Que le SCC embauche, au besoin, d'autres personnes ayant une formation et une expérience en soins palliatifs et en gérontologie. Il faudrait ajouter des activités de sensibilisation et d'information sur les problèmes vécus par les délinquants âgés au programme de formation et de recyclage des employés chevronnés et des nouveaux employés.
8. Que le SCC tienne compte, dans la planification des projets de construction, des déficiences physiques et mentales associées au vieillissement et prévoie l'espace nécessaire pour un nombre suffisant de places dans des milieux adaptés.
9. Que le Service établisse pour l'exercice 2011-2012 une stratégie nationale pour les délinquants âgés qui comprend notamment un volet sur la mise en liberté pour la population gériatrique, ainsi que des mesures de soutien accru après la mise en liberté.

Décès en établissement

2

La prévention des décès en établissement est un travail ardu. Il n'existe pas de raccourci. Même les erreurs ou les omissions les plus futiles, par exemple le fait d'omettre de consigner ou de communiquer un changement dans le comportement d'un délinquant, peuvent involontairement donner lieu à des conséquences tragiques. En dépit de l'application d'une politique adéquate, de l'obligation légale de fournir des soins et de meilleurs efforts déployés par le personnel, un pénitencier n'est pas un hôpital. La sécurité est toujours un facteur dont il faut tenir compte. La gestion des soins médicaux en cas d'urgence est complexe, précaire et difficile dans les services d'urgence les plus sophistiqués sur le plan de la technologie. Dans un milieu carcéral, il est toujours plus complexe de gérer les soins médicaux étant donné qu'il faut constamment établir l'équilibre entre les préoccupations relatives à la sécurité et l'obligation juridique de diligence. (BEC – *Évaluation finale*, septembre 2010)

Le 8 septembre 2010, le Bureau a produit sa quatrième et dernière évaluation trimestrielle des progrès réalisés par le SCC afin de donner suite aux constatations et aux recommandations découlant des rapports et des enquêtes du Bureau sur les décès en établissement, y compris celui sur la mort évitable d'Ashley Smith[13]. Dans l'*Évaluation finale*, le BEC examine neuf décès en établissement (dont trois suicides et quatre décès de causes naturelles) survenus d'avril 2008 à avril 2010. Le document expose un certain nombre de lacunes et préoccupations persistantes :

- les interventions en cas d'urgence médicale,
- l'échange d'information entre le personnel clinique et de première ligne;
- la surveillance des indicateurs précoces de suicide,
- la qualité et la fréquence des patrouilles de sécurité, des rondes et des dénombrements,
- la gestion des délinquants atteints de troubles mentaux,
- la qualité des rapports et des processus d'enquête interne.

Les problèmes soulevés dans l'*Évaluation finale* n'ont rien de nouveau pour le SCC. En effet, tous les facteurs ayant contribué aux décès à l'étude ont été exposés dans les enquêtes et les rapports précédents. Dans le cadre de ses examens trimestriels, le Bureau a insisté sur l'importance, pour le SCC, de traduire les constatations, recommandations et leçons apprises par des progrès mesurables et durables. Le rapport comportait sept recommandations, qui méritent d'être répétées ici :

1. **Le SCC doit élaborer un cadre de responsabilisation et de rendement exhaustif pour montrer qu'il réalise des progrès mesurables en ce qui a trait à l'examen des facteurs liés à la prévention des décès en établissement.**
2. **Le SCC devrait renforcer son processus d'enquête interne. Les comités d'enquête sur les cas de suicide et d'automutilation graves doivent être présidés par des professionnels de la santé indépendants, et leurs rapports doivent être rendus publics.**

13 Le BEC a publié l'*Évaluation initiale de la réponse du Service correctionnel du Canada* en septembre 2009, puis deux autres évaluations trimestrielles en décembre 2009 et en mars 2010. Les évaluations trimestrielles du BEC et les rapports d'étape du SCC sont affichés sur les sites Web respectifs des deux organisations.

3. Le SCC devrait créer un poste de cadre supérieur dont le titulaire devra promouvoir, surveiller et assurer l'adoption des pratiques de détention sécuritaire.
4. Le SCC doit mettre fin à la pratique de placer en isolement prolongé les délinquants atteints de troubles mentaux qui présentent un risque de suicide ou d'automutilation.
5. Il faut améliorer la qualité des patrouilles de sécurité pour s'assurer que les rondes et les dénombrements sont effectués conformément au principe de « préservation de la vie humaine ».
6. Le SCC doit fournir des services de soins santé tous les jours, 24 heures sur 24, dans tous les établissements à sécurité maximale, moyenne et dans tous les établissements à niveaux de sécurité multiples afin de faciliter l'intervention et la gestion des urgences médicales.
7. Les renseignements et les instructions de base liés à la gestion des délinquants présentant des risques d'automutilation ou de suicide doivent être communiqués au personnel de première ligne de manière à assurer une surveillance efficace et à veiller à ce que les stratégies d'intervention de crise et les protocoles en matière de prévention puissent être facilement et rapidement consultés.

Réponse du SCC

Le Bureau a commencé à attirer l'attention soutenue du public sur la question lorsqu'il a produit l'*Étude sur les décès en établissement* en février 2007. Depuis, le Service s'efforce de réduire le nombre de décès en établissement attribuables à des causes non naturelles. L'esprit d'initiative et les mesures prises par le SCC afin d'atténuer les risques connus et de tenir compte des facteurs de prévention des décès méritent des félicitations. Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre dans un effort concerté pour sauver des vies, prévenir des décès et réduire l'automutilation dans les établissements fédéraux :

- Détermination des lacunes au chapitre des infrastructures matérielles qui sont liées aux décès en établissement, comme les dispositifs d'appel dans les cellules, les lignes de vision pour l'observation et les points dans les cellules pouvant servir à la pendaison.
- Installation de défibrillateurs externes automatisés dans tous les établissements correctionnels fédéraux.
- Mise en œuvre d'une nouvelle orientation stratégique en matière de recours à la force, de gestion des cas d'automutilation, d'utilisation du matériel de contrainte et d'isolement préventif (obligation de tenir compte de l'état de santé physique et mentale avant de placer le délinquant en isolement ou de l'y laisser).
- Formation de base donnée au personnel de première ligne sur la santé mentale.
- Activités accrues de détection et d'interdiction des drogues.
- Rapports publics et internes de suivi et d'étape sur la prévention des décès en établissement (p. ex., mesures correctrices et plan d'action de la gestion établis par suite des rapports sur les décès en établissement; ***Décès en établissement : Éléments essentiels et conclusions importantes*** – [rapports sommaires, bulletins trimestriels et rapports sur les activités]; ***Rapport sur les plans et priorités*** – nombre de délinquants décédés de causes autres que naturelles).
- Examen indépendant du système interne de règlement des plaintes et des griefs des détenus.
- Réunions annuelles entre le SCC et les bureaux du coroner en chef et des médecins légistes des provinces et territoires.

- **Rapports et recommandations de spécialistes concernant l'isolement à long terme des délinquants atteints de troubles de santé mentale.**
- **Création d'un groupe d'examen indépendant chargé d'évaluer les mesures correctrices mises en place en réaction aux rapports et aux enquêtes sur les décès en établissement.**
- **Vérification sur place visant à évaluer les progrès réalisés par le SCC par rapport à ses principaux engagements liés aux décès en établissement.**
- **Simulations tous les trimestres des protocoles d'intervention d'urgence (p. ex., tentative de suicide, surdose, situation de détresse, automutilation) dans les établissements à sécurité moyenne et maximale.**
- **Mise en œuvre d'une formation de recyclage sur la sécurité active.**

Il s'agit d'initiatives concrètes et remarquables. Un grand nombre d'entre elles ont été mises en place à la recommandation et avec l'appui du Bureau. Plusieurs sont directement imputables aux préoccupations soulevées par le BEC dans son enquête et rapport sur le décès d'Ashley Smith en octobre 2007. En fait, les reportages soutenus des médias à la suite du décès de cette détenue ont attiré l'attention de tout le pays sur les problèmes de santé mentale et les services correctionnel, les spécialistes et les membres du public s'entendant pour la plupart à dire que les prisons n'étaient pas l'endroit indiqué pour traiter les personnes souffrant de troubles de santé mentale. Il n'y a aucun doute que l'examen public intense qui a suivi le décès d'Ashley Smith a influencé la réaction du Service aux décès en établissement. Dans l'ensemble du Service, le personnel est beaucoup mieux informé des facteurs qui contribuent aux décès en établissement et de l'importance de surveiller étroitement les détenus qui ont des problèmes de santé mentale et les autres groupes vulnérables dans les établissements correctionnels fédéraux.

Il est encourageant de constater que le Service porte une attention soutenue à la question. Bien que le nombre de décès en établissement varie d'une année à l'autre, le nombre de suicides et de surdoses baisse année après année, tout comme le nombre de décès attribuables à des causes naturelles. Cependant, il y a eu cinq meurtres de détenus en 2010-2011, ce qui est inquiétant puisqu'il s'agit du nombre le plus élevé d'homicides dans les installations du SCC depuis 2003-2004. De plus, un détenu est décédé par suite de blessures par balle, lorsque des agents de correction ont fait feu durant un incident survenu dans un établissement à sécurité maximale en octobre 2010. Il importe de signaler que le dernier décès en établissement fédéral attribuable à une intervention létale du SCC était en 1984.

Il est important de reconnaître les nombreuses initiatives louables mises en place aux échelons local, régional et national, mais il reste beaucoup à faire. Par exemple, il n'y a pas de normes ou de lignes directrices nationales pour aider le personnel à déterminer les cas où une surveillance accrue des détenus suicidaires est nécessaire. Il n'y a pas non plus de marche à suivre normalisée pour consigner par écrit que l'on a examiné et pris en compte l'état de santé mentale et physique du détenu lors des examens des cas d'isolement après 24 heures, et les infrastructures matérielles dans un grand nombre d'unités d'isolement sont inadéquates et ne permettent pas des interventions en santé mentale efficaces.

Pleins feux sur

les décès en établissement

Fondé sur un examen des rapports des coroners et des médecins légistes relatifs à 388 décès en établissement survenus entre 2000 et 2009 en Alberta, en ColombieBritannique et en Ontario, un rapport de recherche (Winterdyk et Antonowicz, sous impression) commandé par le BEC indique ce qui suit :

Lieu des décès

- Les détenus dans les établissements fédéraux étaient plus susceptibles de mourir durant leur incarcération que ceux placés dans les établissements provinciaux.

Âge moyen et causes

- L'âge moyen des délinquants décédés était de 44,55 ans.
- Les délinquants morts par suicide étaient plus jeunes, leur moyenne d'âge étant de 36,71 ans.
- Les causes naturelles étaient les causes de décès les plus courantes, représentant 46,65 % des cas.
- Les morts accidentelles et les suicides représentaient 20,36 % et 20,10 % des décès respectivement.
- Les homicides correspondaient à 4,9 % des décès en établissement.

Toxicomanie et antécédents médicaux

- Les drogues ou l'alcool étaient indiqués comme la cause principale dans 36,6 % des décès en établissement.
- De ce nombre, 21,1 % des détenus décédés avaient déjà consommé des drogues injectables.
- Des 388 détenus décédés durant la période visée, 62,1 % avaient des problèmes médicaux connus.
  - 23,2 % avaient des problèmes médicaux liés aux drogues
  - 22,9 % avaient des problèmes de santé mentale
  - 19,3 % avaient plus d'un problème médical
  - 5,7 % présentaient plus d'un diagnostic (troubles de santé mentale).

Pleins feux sur

les dispositifs d'appel d'urgence dans les cellules

Les dispositifs d'appel d'urgence dans les cellules peuvent sauver des vies. Quand la vie est menacée, chaque seconde est importante pour le personnel appelé à intervenir. En cas d'urgence, on ne peut pas s'attendre à ce qu'un délinquant en détresse ou autrement incapable de réagir sur le plan physique ou mental se rende dans une aire commune pour appuyer sur un dispositif d'appel afin de communiquer avec le poste de patrouille.

Pour cette raison, à la suite d'une visite dans un établissement à sécurité moyenne au cours de laquelle un enquêteur a remarqué qu'il n'y avait pas de dispositif d'alarme dans une certaine unité résidentielle, le Bureau a recommandé au Service de faire installer des dispositifs d'alarme dans les établissements à sécurité moyenne existants et qu'ils soient ajoutés aux normes de conception des unités résidentielles à ce niveau de sécurité. L'installation dans les établissements existants comporte des coûts additionnels et pose des difficultés en raison des infrastructures. Le Service a toutefois appuyé la position du BEC et s'est engagé à installer des dispositifs d'alarme lors de la construction de nouvelles unités résidentielles à sécurité moyenne.

Le SCC a encore des progrès à réaliser en ce qui a trait à l'approche générale adoptée pour prévenir les décès en établissement :

- **Les cas des détenus qui souffrent de problèmes de santé mentale et sont placés en isolement préventif pour une longue période (au-delà de 60 jours) ne sont toujours pas surveillés par des intervenants indépendants et spécialisés.**
- **Il n'y a pas suffisamment de solutions de rechange concrètes, comme les unités de soins de santé mentale intermédiaires, pour mettre fin à la pratique de placer en isolement à long terme les délinquants atteints de problèmes de santé mentale.**
- **Des services de soutien en santé ne sont pas offerts en permanence dans les établissements du SCC à sécurité moyenne, à sécurité maximale et à niveaux de sécurité multiples.**
- **Les délinquants au comportement autodestructeur chronique atteints de troubles mentaux graves font encore l'objet d'un nombre disproportionné de placements imposés en isolement et d'accusations d'infractions disciplinaires.**
- **Les comités d'enquête nationale chargés d'examiner les cas de suicide et de comportement d'automutilation graves ne sont pas obligatoirement dirigés par des professionnels indépendants de la santé mentale, et les rapports ne sont pas rendus publics.**
- **Le SCC n'a pas regroupé sous une même personne la responsabilité d'assurer un effort soutenu, de cibler les efforts et de surveiller le rendement (p. ex., un cadre supérieur chargé d'assurer et de promouvoir les pratiques de détention sécuritaires).**

Le SCC a fait savoir qu'il n'était pas d'accord avec ce dernier point et n'appuyait pas la recommandation à cet égard, affirmant que la détention sécuritaire était la responsabilité de tous les gestionnaires des opérations aux échelons local, régional et national. Or, dans une situation où tout le monde est dit responsable, personne ne peut jamais être tenu garant.

Rapports publics

Dans le rapport annuel de l'an dernier, le Bureau a recommandé au Service de rendre public son Cadre de responsabilité en matière de rendement pour réduire les décès évitables en établissement afin de pouvoir surveiller et évaluer les progrès chaque année. Dans sa réponse à l'*Évaluation finale*, le Service a indiqué qu'il avait mis au point une stratégie de mesure du rendement visant à mettre en œuvre « une approche pertinente et cohérente à l'égard de la prévention et de la réduction du nombre de décès en établissement » et s'assurer de pouvoir « mesurer l'incidence de cette approche ». La stratégie vise à assurer un suivi des décès en établissement attribuables à quatre causes principales (suicide, homicide, mort accidentelle, causes naturelles), ainsi qu'à surveiller d'autres facteurs pertinents et des secteurs d'activités précis, comme les initiatives en matière de santé mentale, de sécurité et de santé.

Le BEC appuie la démarche adoptée par le SCC, mais la stratégie ne doit pas s'en tenir à recueillir de l'information sur le nombre, les causes et les types de décès ou d'autres données de base (âge, sexe, race) au moment du décès. Elle doit permettre de saisir, de surveiller et d'analyser les mesures, les tendances et les indicateurs en matière de rendement qui contribueront au fil du temps à atteindre l'objectif cible, soit de réduire le nombre de décès. Le nombre de décès en établissement est déjà accessible au public. Il manque un *cadre de responsabilisation* qui engage le Service à communiquer régulièrement au public les progrès accomplis en vue de réduire le nombre de suicides, d'homicides, de morts par surdose, et décès de causes naturelles et de cas d'automutilation dans les établissements fédéraux. C'est ce qui distingue un cadre de responsabilisation d'un cadre comptable.

10. Je recommande que le SCC rende publique sa stratégie de rendement relative à la prévention des décès en établissement et présente un rapport annuel sur les résultats par rapport à des indicateurs de rendement clairs, conformément aux recommandations formulées par le Bureau lors de son exercice d'évaluation trimestrielle.

Examen de la vérification et comité d'examen indépendant

Deux rapports d'évaluation mis à la disposition du Bureau pendant la période visée montrent dans quelle mesure le SCC peut améliorer les efforts déployés afin de réduire les décès en établissement. Dans le premier, intitulé *Vérification de l'état d'avancement des principaux engagements pris par le SCC relativement aux décès en établissement*, une équipe de vérification interne a examiné la situation dans onze établissements à sécurité moyenne et maximale à l'échelle du pays afin de déterminer dans quelle mesure les engagements et l'orientation stratégique pris par le SCC afin de prévenir les décès en établissement ont été mis en œuvre dans les unités opérationnelles. L'équipe, qui s'est penché sur six secteurs d'activités (isolement préventif, sécurité, santé mentale, politiques, griefs et ressources) a produit son rapport en mai 2010.

La deuxième évaluation, *Le rapport final du Comité d'examen indépendant sur les décès en établissement 2009-2010*, a été publiée à la mi-février 2011. Comme l'indique les auteurs de ce rapport, « la création du Comité d'examen indépendant avait pour objectif de tirer profit de l'expérience d'experts et d'observateurs indépendants pouvant cerner des idées et des options d'amélioration auxquelles n'auraient pas nécessairement pensé les membres de

l'organisation ». Le Comité avait pour mandat indépendant d'examiner tous les décès non naturels (p. ex., suicides, homicides, décès liés aux drogues) survenus dans les établissements du SCC en 2009-2010 et de déterminer si le SCC avait pris des mesures correctives appropriées et adéquates.

Les mandats, les structures redditionnelles et la composition des équipes (membres internes par rapport à membres externes) étaient différents pour chaque évaluation, mais certaines constatations, conclusions et recommandations se recoupent. Les deux rapports font état de problèmes liés à la sécurité active (en particulier la qualité des patrouilles de sécurité, des rondes et des dénombrements effectués afin d'en arriver à un nombre vérifiable de détenus en vie), à la capacité du personnel d'assurer une présence visible et à l'interaction continue avec les détenus. Par exemple, l'équipe de vérification mentionnait qu'il y avait une tendance de la part des agents de première ligne à privilégier la sécurité et à accorder de moins en moins d'importance à l'interaction avec les détenus et à l'intervention auprès d'eux. La sécurité semble l'emporter sur les autres interventions et activités. L'équipe a noté que le personnel correctionnel s'acquittait de ses fonctions quotidiennes liées à la sécurité passive (fouilles par palpation, surveillance et observation indirecte, etc.) de façon professionnelle, mais que les interactions avec les détenus se limitaient à donner des ordres et à recevoir des réponses. Entre les rondes, les dénombrements et autres fonctions, elle a souvent observé les agents de correction se regrouper dans les postes de contrôle, derrière les bureaux ou les comptoirs. Elle conclut ce qui suit dans son rapport :

> *L'équipe de vérification a été impressionnée par la qualité du travail et des efforts accomplis par le SCC pour gérer un programme correctionnel complexe et garder à l'avant-plan l'ensemble des priorités, y compris les décès en établissement. L'équipe de vérification ne peut cependant pas conclure de façon absolue que le SCC pourra toujours empêcher les décès en établissement. Néanmoins, elle peut conclure que le SCC a mis consciencieusement à la disposition de tous les établissements l'équipement, les systèmes et les processus dont ils ont besoin pour répondre à la détresse physique d'un détenu ou pour que les détenus puissent demander de l'aide lorsqu'ils ont des besoins relativement à leur santé physique ou mentale, s'ils le désirent. Le défi le plus important par rapport aux décès en établissement est l'augmentation du nombre de détenus atteints de troubles mentaux.*

Pour sa part, le Comité d'examen indépendant a constaté que les rondes et patrouilles de sécurité étaient effectuées si rapidement qu'il était impossible d'assurer une vérification des corps vivants. Comme l'a indiqué le Bureau dans son *Évaluation finale*, il s'écoule souvent un laps de temps important entre la découverte d'une urgence médicale et l'intervention visant à préserver la vie. De même, le Comité a noté que le SCC devait améliorer le processus interne d'enquête sur les décès en établissement (un point déjà soulevé par le Bureau). Dans son rapport, le Comité a présenté les observations suivantes :

- **En moyenne, il s'écoule 231 jours entre le moment de l'incident ayant mené à la mort du détenu et la fin du processus d'enquête interne.**
- **Des recommandations ont été formulées pour seulement dix des vingt décès examinés par le Comité et ayant fait l'objet d'une enquête interne.**

- **Les dix détenus qui se sont suicidés avaient des antécédents d'automutilation ou de tentatives de suicide[14]. Ils avaient tous des problèmes de santé mentale. Quatre des victimes purgeaient une peine de deux ou trois ans.**
- **Les enquêtes internes révèlent que certains employés n'ont pas respecté les règles ou les ont mal appliquées, mais que ceux-ci ne semblaient pas avoir fait l'objet de lourdes mesures disciplinaires.**

Le Comité n'était pas convaincu que les enquêtes après coup sur les incidents et l'accent mis sur les questions de conformité au lieu du rendement étaient la meilleure façon de tirer des leçons et de prévenir les décès en établissement. On porte une grande attention au processus, mais on devrait s'attarder davantage aux apprentissages.

11. Je recommande que le SCC publie sa réponse aux rapports de l'équipe de vérification et du Comité d'examen indépendant et fournisse des mises à jour annuelles sur les progrès accomplis par rapport aux recommandations.

Processus d'examen des cas de décès

Tandis que le SCC concentre ses efforts sur les décès « non naturels », le BEC continue de s'inquiéter du caractère approprié et adéquat de l'examen par le SCC des décès attribuables à des causes naturelles (soit les décès que l'on peut prévoir). Dans le rapport annuel de l'an dernier, le Bureau a relevé d'importantes lacunes sur les plans redditionnels et procéduraux en ce qui concerne le Processus d'examen des cas de décès, un mode d'enquête différent que le SCC utilise pour examiner les décès de causes naturelles. Le Bureau estime que tout processus de rechange doit quand même satisfaire aux exigences de l'article 19 de la LSCMLC et les principes d'indépendance, de crédibilité et de surveillance.

En réponse à la recommandation de suspendre l'exercice d'examen des cas de décès jusqu'à ce que les lignes directrices soient validés par des spécialistes indépendants, le Service a indiqué qu'il était convaincu que le processus était suffisamment rigoureux et formel pour répondre aux exigences de l'article 19 de la LSCMLC et qu'« aucun suivi n'était nécessaire ». Le Bureau demeure d'avis contraire, plus particulièrement en ce qui concerne la préparation des cas et le soutien offert aux délinquants en phase terminale qui pourraient être mis en liberté sous condition à titre exceptionnel pour des raisons de compassion.

12. Conformément à l'article 180 de la LSCMLC, je recommande que le ministre de la Sécurité publique ordonne au SCC de cesser immédiatement son exercice d'*examen des décès* jusqu'à ce que les *lignes directrices* de cet examen soient validées par des experts indépendants pour se conformer aux exigences de la Loi. Par souci de transparence et de responsabilisation, les conclusions de cet examen devraient être publiées.
13. En attendant la validation du processus d'*examen des décès*, je recommande qu'un médecin externe examine tous les décès de cause naturelle en établissement et qu'il fasse rapport, de façon indépendante, de ses constatations et recommandations au commissaire du Service correctionnel du Canada.

14 Il y a eu neuf suicides en 2009-2010. Un décès a été attribué à une surdose à la suite de l'autopsie. Ce décès est considéré comme un « suicide » dans le rapport du Comité d'examen.

Morts naturelles – Mise en liberté pour des raisons de compassion

Conformément au paragraphe 102 de la Directive du commissaire 712-1, *Processus de décision prélibératoire*, l'équipe de gestion de cas doit envisager « toutes les possibilités pour permettre dès que possible la mise en liberté des délinquants qui sont des malades en phase terminale ou qui satisfont à un autre critère énoncé à l'article 121 de la LSCMLC ». En pratique, il est rare que la libération conditionnelle pour des raisons de compassion soit accordée à un délinquant en phase terminale pour qu'il puisse recevoir les soins de sa famille ou mourir avec dignité. Les critères établis pour la libération conditionnelle à titre exceptionnel en vertu de la LSCMLC ou du pardon conditionnel en application de la prérogative royale de clémence sont essentiellement les mêmes, mais très difficiles à satisfaire. Même dans les cas les plus fondés, il peut être décourageant de présenter une demande. Le processus de renvoi et d'examen est long et complexe, et les critères ont été resserrés au fil des ans, laissant peu de place à l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire ou à la compassion.

Le Bureau a enquêté récemment sur le cas d'un délinquant en phase terminale dont la date de libération d'office approchait, mais qui n'a pas réussi à obtenir une libération pour des raisons de compassion parce que sa mise en liberté était imminente et qu'il n'y avait pas suffisamment de preuves médicales à l'appui de son état palliatif. D'après l'expérience du Bureau, il peut être difficile pour un médecin en établissement ou un spécialiste en médecine d'attester par écrit du temps qu'il reste à vivre à un délinquant en phase terminale. Toutefois, l'attestation doit fournir « une preuve médicale clairement à l'appui de la demande » pour que la Commission des libérations conditionnelles envisage d'octroyer une libération conditionnelle à titre exceptionnel. En 2008, la Commission des libérations conditionnelles du Canada a reçu 21 demandes en vertu de la prérogative royale de clémence et n'a accordé aucun pardon conditionnel. Au cours des cinq dernières années, elle a également reçu 22 demandes de libération conditionnelle à titre exceptionnel et en a accordée 12.

Outre les faibles taux de renvoi et d'octroi, le Bureau continue de constater des cas qui, en raison de la nature de la maladie et des circonstances du délinquant, auraient dû répondre aux critères de la libération conditionnelle à titre exceptionnel, mais les demandes n'ont pas été envisagées, appuyées ou préparées avec toute la diligence nécessaire. En réalité, les demandes de libération visant à permettre aux détenus de mourir en dignité dans la collectivité sont trop souvent écartées pour des raisons techniques ou procédurales. Par conséquent, un certain nombre de délinquants très malades souffrant de maladies virtuellement mortelles et incurables meurent dans des pénitenciers fédéraux, dans des circonstances tragiques et des conditions qui manquent de dignité. La gestion des délinquants qui terminent leur vie en prison est une expérience éprouvante et épuisante qui a également des répercussions sur le personnel.

14. Je recommande que les pratiques et les procédures de préparation des détenus malades en phase terminale à une « mise en liberté accordée à titre exceptionnel » soient examinées de manière indépendante pour vérifier si l'on répond aux normes du SCC et si cette préparation est faite avec la prudence, la rigueur et la rapidité voulues.

Pleins feux sur

la libération conditionnelle à titre exceptionnel et la prérogative royale de clémence

Libération à titre exceptionnel

Conformément à l'article 121 de la LSCMLC, un délinquant peut bénéficier de la libération conditionnelle dans les cas exceptionnels suivants :

a) il est malade en phase terminale;

b) sa santé physique ou mentale risque d'être gravement compromise si la détention se poursuit;

c) l'incarcération constitue pour lui une contrainte excessive difficilement prévisible au moment de sa condamnation.

Cette disposition ne s'applique pas aux délinquants qui purgent une peine d'emprisonnement à perpétuité ou pour une période indéterminée.

Prérogative royale de clémence

Conformément au *Code criminel*, la prérogative royale de clémence est exercée par le gouverneur général ou le gouverneur en conseil (c.-à-d. le Cabinet fédéral) à la recommandation du ministre de la Sécurité publique ou d'au moins un autre ministre. Il s'agit d'une disposition d'exception qui permet d'accorder à un délinquant en phase terminale condamné à l'emprisonnement à perpétuité un pardon conditionnel et sa mise en liberté dans la collectivité.

Selon les critères établis par la Commission des libérations conditionnelles, il faut qu'il existe « une preuve substantielle d'une grave injustice ou d'une sévérité excessive du châtiment qui serait disproportionnée par rapport à la nature et à la gravité de l'infraction ».

La libération conditionnelle à titre exceptionnel et la prérogative royale de clémence sont des recours spéciaux, auquel on fait appel seulement des circonstances très exceptionnelles et pour les cas les plus méritoires.

Conditions de détention

3

Enquête à l'Établissement de Kent et rapport subséquent sur l'utilisation dangereuse d'armes à feu

Dans le rapport annuel de l'an dernier, le Bureau a présenté des renseignements préliminaires sur une fouille exceptionnelle effectuée dans un pénitencier à sécurité maximale sur une période de dix jours et ayant donné lieu à 379 incidents séparés de recours à la force. Il y précisait que le Bureau menait actuellement enquête sur cette affaire. En mars 2011, le Bureau a terminé son enquête et publié ses constatations dans un rapport intitulé *Recours non autorisé à la force : enquête sur l'utilisation dangereuse d'armes à feu à l'Établissement de Kent durant la période du 8 janvier au 18 janvier 2010.*

Ce rapport a nécessité beaucoup de ressources du Bureau pour l'enquête, la recherche et l'analyse. Les résultats sont troublants, révélant des faiblesses systémiques dans un certain nombre de domaines importants :

> *Ce qui s'est produit à l'Établissement de Kent correspond plutôt à un abus de pouvoir et d'autorité, à des défaillances systémiques dans la responsabilité de la direction et la surveillance exercée par celle-ci, à des lacunes dans les procédures de préparation de rapports et d'examen des cas de recours à la force, à la détérioration des pratiques et principes en matière de sécurité active et à des violations de la loi et des politiques ayant trait aux droits de la personne. Tous ces problèmes importants remettent de plus en plus en question l'efficacité du processus interne du SCC concernant l'examen des interventions ayant nécessité un recours à la force.*

Le rapport expose les lacunes touchant les procédures d'examen des recours à la force du SCC ainsi que les mécanismes redditionnels permettant un recours à la force raisonnable et licite dans les établissements correctionnels fédéraux. Il contient seulement deux recommandations :

i) Le Service devrait charger un organisme spécialisé et indépendant d'examiner ses cadres juridique, stratégique et administratif régissant les mesures de recours à la force utilisées dans les pénitenciers fédéraux. L'examen en question devrait mettre en évidence les lacunes et les faiblesses caractérisant le processus d'examen du recours à la force et recommander des mesures visant à renforcer les fonctions de responsabilisation, de contrôle, de surveillance et de redressement à l'échelle régionale et nationale.

ii) Par souci de transparence, le Service devrait rendre publique sa réponse au présent rapport d'enquête sous la forme d'un plan d'action qu'il présentera au ministre de la Sécurité publique et affichera sur le site Web dans un délai de six mois à compter du 21 mars 2011.

Compte tenu des engagements publics pris par le Service dans sa réponse à ce rapport, le Bureau est réconforté à l'idée que le Service entreprendra au cours de la prochaine année les réformes à long terme nécessaires pour insister sur la rigueur, la qualité et l'importance des procédures d'examen de recours à la force et de production de rapports à ce sujet dans les établissements de même qu'aux échelons régional et national. Le Bureau voit d'un très bon œil l'engagement du commissaire à traiter de nouveau le fait de montrer son arme comme un incident à déclarer, même s'il demeure inquiet, étant donné que le nombre d'incidents de recours à la force, en particulier ceux impliquant l'utilisation d'un agent chimique ou inflammatoire, continue d'augmenter malgré les efforts déployés par le Service pour simplifier les procédures d'examen de recours à la force[15]. Le BEC entend veiller à ce que tous les engagements pris en réponse au rapport sur l'Établissement de Kent soient tout à fait respectés et mis en place de manière transparente.

15 Le SCC a signalé 998 incidents de recours à la force en 2007-2008 et 1 372 en 2009-2010, ce qui représente une augmentation de 37 %. Au total, 522 incidents (39 % des interventions) impliquaient l'utilisation d'agents chimiques ou inflammatoires. Ces agents font maintenant partie du matériel réglementaire dans les établissements à sécurité maximale, à sécurité moyenne et à niveaux de sécurité multiples. En date de mai 2001, « le fait de retirer un dispositif d'agents chimiques ou inflammatoires de son étui et de le montrer à une ou des personnes est considéré comme un recours à la force ».

Pleins feux sur

les mesures que s'est engagé à prendre le SCC en réponse à l'enquête à l'Établissement de Kent

Le 11 mars 2011

Mesures	Date d'achèvement
1. La sous-commissaire régionale du Pacifique passera en revue les décisions antérieures qu'elle a prises concernant la publication des documents de responsabilisation et veillera à ce que les lettres sur les attentes en matière de rendement soient remises au personnel ou aux gestionnaires appropriés.	Avril 2011
2. La sous-commissaire régionale du Pacifique fournira un compte rendu complet de la gestion des leçons apprises et des plans d'action (art. 53) à la prochaine réunion du Comité de direction.	Mai 2011
3. Modification de la DC 567-5, Utilisation des armes à feu et de la DC 568-1, Consignation et signalement des incidents de sécurité, afin de s'assurer que le fait d'exhiber une arme est considéré comme un incident à signaler conformément à la Directive du commissaire.	Juin 2011
4. Une évaluation ou un examen complet de la « passation de pouvoirs » sera effectué à l'établissement Kent dans le cadre du processus de nomination d'un nouveau directeur d'établissement. Cette initiative permettra d'établir toute question résiduelle ou toute nouvelle question qui sera portée à l'attention du nouveau directeur d'établissement lorsqu'il entrera en fonction.	Juin 2011
5. Examen des processus liés aux fouilles (art. 53) afin d'assurer davantage de rigueur lors de la consignation des rapports de fouille.	Juin 2011
6. Tous les établissements passeront en revue leurs plans d'urgence afin de s'assurer qu'ils sont conformes à la Politique nationale sur la gestion des urgences en vigueur, et effectueront un examen ou une mise à jour suivant l'examen énoncé au point no 8, au besoin.	Juin 2011
7. Examiner la façon dont l'administration centrale du SCC peut examiner de manière expéditive les situations où l'on a eu recours à la force en vue d'assurer la conformité à la politique ainsi que de cerner et d'atténuer les risques organisationnels.	Septembre 2011
8. Examiner le modèle de recours à force du SCC et la structure de gouvernance connexe en faisant appel à une équipe d'experts internes et externes.	Septembre 2011
9. Le SCC mettra à la disposition du public nos rapports et plans d'action par l'entremise du site Web du SCC ou du Bureau de l'enquêteur correctionnel lorsque les initiatives susmentionnées auront été complétées.	Octobre 2011

Répercussions de la surpopulation – Données sur les services correctionnels fédéraux

Selon le SCC, le nombre de délinquants sous responsabilité fédérale augmentera d'environ 3 400 détenus d'ici 2013. Au cours des trois prochaines années, le Service investira 600 M$ dans de nouveaux projets en immobilisations, qui viseront notamment à créer 2 500 nouvelles places dans trente établissements existants. Parallèlement à l'augmentation de la population de délinquants, le SCC verra son budget augmenter de 21 % (ou 521 M$) pour atteindre 2,98 milliards de dollars en 2011-2012. Par ailleurs, en 2010-2011, 1 300 employés devraient s'ajouter au groupe des agents de correction.

Malgré la politique, qui prévoit l'occupation simple de cellule, environ 13 % de la population carcérale totale partage une cellule conçue pour une personne. Le SCC estime que le pourcentage de cas de double occupation au sein de la population carcérale atteindra 30 % au cours des trois prochaines années en attendant que les nouvelles constructions permettent de redresser le cours des choses. La situation est particulièrement grave dans les unités d'évaluation et de réception régionales, où le taux d'occupation double dépasse déjà 60 % dans certains établissements. La région des Prairies accuse le taux le plus élevé de double occupation, soit près de 20 %, suivi de celle de l'Ontario, dont le taux est d'environ 14 %.

La surpopulation dans les prisons est un facteur associé à l'augmentation de la violence et des troubles dans les établissements et peut contribuer à une hausse des taux de transmission de maladies et d'infection dans les pénitenciers fédéraux. Les détenus incompatibles et d'autres problèmes liés à la gestion des délinquants, comme l'influence des gangs, les drogues et l'extorsion, sont des préoccupations grandissantes. Le Bureau est au courant d'au moins un homicide survenu durant la période visée et attribuable au placement dans la même cellule de détenus incompatibles. En 2010-2011, le SCC a signalé 19 769 incidents de sécurité, dont 1 258 ayant nécessité un recours à la force.

Nous savons que le nombre de personnes vulnérables incarcérées augmente. Les malades (santé physique ou mentale), les personnes âgées, les minorités religieuses et ethniques, les personnes ayant une orientation sexuelle différente, les personnes peu éduquées ou ayant subi un traumatisme crânien ont tous des besoins particuliers et complexes à respecter si l'on veut assurer leur détention et leur garde de manière appropriée et sécuritaire. La surpopulation carcérale affecte les personnes et les groupes différemment, mais a une incidence générale sur l'accès aux programmes correctionnels et aux soins de santé mentale et physique et contribue à la détérioration des conditions de détention dans les pénitenciers fédéraux. La situation pose un risque pour la sécurité du personnel et des détenus et nuit aux pratiques correctionnelles efficaces.

Double occupation en isolement

En juillet 2010, le Bureau a appris qu'un établissement dans la région des Prairies plaçait en double occupation des délinquants dans une des rangées réservées à l'isolement. Cette suite des événements est troublante, puisqu'il s'agit d'une pratique très peu sécuritaire, qui va à l'encontre de la dignité humaine et de la

politique de logement du SCC, et qui fort probablement constitue une violation des normes internationales de détention respectueuses des droits de la personne.

Selon le commissaire du Service correctionnel du Canada, qui doit approuver la double détention comme procédure d'urgence [trad.] « la double occupation dans ces circonstances doit constituer le dernier recours, et il faut absolument avoir épuisé toutes les autres options. S'il n'existe aucune autre possibilité dans une situation d'urgence et que la double occupation en isolement est jugée nécessaire, il faut placer les délinquants dès que possible seuls dans une cellule. » Pour terminer, le commissaire a déclaré ce qui suit : [trad.] « Le Service estime que l'occupation simple constitue le moyen le mieux indiqué de répondre aux besoins en matière de logement des délinquants » et que le Service « s'efforce activement de résoudre cette situation temporaire. »

Tout porte à croire que les facteurs qui contribuent à l'augmentation de la population correctionnelle ne sont pas temporaires, loin de là, et qu'ils sont, il faut l'admettre, en grande partie indépendant de la volonté du Service. Or, compte tenu du pourcentage élevé de délinquants souffrant de problèmes de santé mentale, de délinquants toxicomanes, de délinquants violents et appartenant à des gangs, il est difficile de comprendre comment la double occupation, que ce soit parmi la population générale ou en isolement, peut être considérée comme une solution correctionnelle appropriée ou viable à court ou à long terme au problème de la surpopulation.

Le BEC sait que le SCC est en train d'étudier et de mettre à jour la Directive du commissaire sur le logement des détenus. Il s'agit d'une bonne occasion d'établir des balises stratégiques qui guideront le Service dans la gestion de l'augmentation prévue de la population dans les limites de la capacité actuelle au cours des prochaines années.

15. Je recommande que la nouvelle version de la Directive du commissaire sur le logement des détenus :
    i. interdise clairement et explicitement la double occupation des cellules d'isolement et des milieux qui s'apparentent aux cellules d'isolement, ainsi que dans les unités de garde en milieu fermé pour femmes.
    ii. ordonne expressément que les placements en double occupation soient approuvés par le directeur d'établissement et examinés par les autorités régionales tous les trimestres.
    iii. exige que les exemptions qui permettent d'utiliser d'autres locaux pour le logement des détenus à titre temporaire et dans une situation d'urgence soient approuvées par le commissaire du Service correctionnel du Canada et accompagnées d'un plan visant à remettre ces locaux dans leur état d'origine à une date déterminée.

Isolement à long terme et santé mentale

Les effets négatifs de l'isolement à long terme (c.-à-d. l'isolement cellulaire) sur le fonctionnement cognitif sont bien démontrés. *A Sourcebook on Solitary Confinement* (2008)[16] cite un certain nombre d'études selon lesquelles un tiers des détenus en isolement cellulaire et jusqu'à 90 % d'entre eux subissent des effets indésirables dont l'insomnie, la confusion, des sentiments de désespoir et d'abattement, des hallucinations, des perceptions déformées et la psychose. Dans une année, il y a environ 7 500 placements en isolement distincts dans les établissements fédéraux. En 2009-2010, 16 % de ces placements ont duré plus de 120 jours[17]. On ne connaît pas le nombre exact de délinquants souffrant de troubles de santé mentale qui sont placés en

16 Sharon Shalev. *A Sourcebook on Solitary Confinement*, Mannheim Centre for Criminology, Londres, 2008.

17 Sécurité publique Canada. *Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition – Rapport annuel 2010*, 2010.

isolement à long terme, puisque le Service ne recueille pas de façon courante cette information. Le Bureau a dénoncé cette pratique comme n'étant pas sécuritaire et a demandé au Service d'y mettre fin.

16. Je recommande que le SCC mène une vérification pour déterminer s'il respecte son obligation légale de faire en sorte que les problèmes de santé mentale soient pris en compte et consignés par écrit dans la décision d'ordonner ou de maintenir l'isolement

Formes d'isolement portant d'autres noms

Dans le rapport annuel de l'an dernier, le Bureau a recommandé au ministre de la Sécurité publique d'ordonner au Service de faire l'examen immédiat de tous les cas de détenus placés dans des unités à conditions semblables à l'isolement, pour s'assurer de leur accorder les mêmes protections imposées par la loi et le même accès aux programmes dont jouit la population générale. Le Bureau a commencé à s'inquiéter de la question lorsqu'il a constaté une augmentation du nombre d'unités spéciales « temporaires » utilisées pour héberger (isoler dans les faits) des groupes de délinquants qui, même s'ils ne répondent pas aux critères pour le placement en isolement, sont détenus dans des conditions qui équivalent ou s'apparentent à l'isolement préventif. Or, ces unités ne sont pas assujetties aux mesures de protection, aux examens et aux garanties procédurales qui régissent les placements en isolement préventif.

En réponse à notre recommandation, le Service, semble-t-il, est en train d'élaborer un cadre régissant les unités de logement temporaires et a formé un groupe de travail ayant pour mandat de rédiger un document stratégique qui servira à des consultations. Le BEC reconnaît les mesures prises par le SCC. Or, nonobstant les enjeux liés à la gestion sûre de diverses sous-populations aux besoins et aux profils de risque variés, nous tenons à rappeler à nouveau au Service que la loi reconnaît seulement deux populations de détenus : la population générale et celle en isolement préventif. Techniquement parlant, toutes les unités temporaires qui ont été créées depuis la fin des années 1990 constituent une autre forme d'isolement et vont à l'encontre de la loi. Le Service est invité à effectuer d'importants progrès pour corriger la situation au cours de la prochaine année.

Résolution informelle des plaintes et griefs des délinquants

La résolution en temps opportun et de manière équitable des plaintes des détenus constitue un élément essentiel de tout système correctionnel efficace. Le SCC a constaté une augmentation marquée du nombre de plaintes et de griefs dans les cinq principales catégories de sujets (voir tableau). Le nombre de plaintes est en effet passé de 20 823 en 2007-2008 à 28 263 en 2009-2010, ce qui représente une augmentation de 36 % en deux ans.

Ces catégories correspondent en grande partie à ce que sait le BEC. En effet, un grand nombre des sujets en tête de liste font partie des questions et des priorités mentionnées par le BEC dans ses rapports au cours des dernières années :

- **Durcissement en général des conditions de détention.**
- **Détérioration de la sécurité active et des interactions entre le personnel et les délinquants.**
- **Qualité et accès inégaux aux services de santé mentale.**
- **Accès aux programmes.**
- **Restrictions touchant les privilèges de groupe et les droits des particuliers.**

Pleins feux sur

Les plaintes et les griefs des délinquants

2009-2010 Cinq principaux sujets	Hausse depuis 2007-2008
1. Conditions et activités	+23,1 %
2. Interaction	+112,2 %
3. Santé	+37,5 %
4. Programmes et rémunération	+18,4 %
5. Visites et loisirs	+33,8 %

Source : Service correctionnel du Canada, Système intégré de rapports.

La procédure de règlement des plaintes et griefs des délinquants est un outil important qui permet d'évaluer ce que vit la population carcérale. Tout aussi important, cette voie de recours interne offre aux gestionnaires des outils et des données. Elle présente la possibilité d'analyser les tendances et les questions préoccupantes et de suggérer des pratiques exemplaires et des améliorations. Ainsi, l'analyse des tendances associées aux centres d'activités a mené à la pratique exemplaire consistant à recourir à des médiateurs désignés ou encore à des coordonnateurs ou préposés chargés des griefs dans les établissements du SCC. Selon sa propre analyse, le SCC devrait affecter plus de ressources en vue de régler les plaintes et les griefs en établissement.

1. Dans les établissements qui emploient un médiateur, un plus fort pourcentage de plaintes et de griefs semble être réglé au palier le plus bas.
2. Dans les établissements qui ont conservé un coordonnateur des griefs pendant plus d'un an, les plaintes et les griefs semblent avoir été réglés de manière plus efficace et en plus grand nombre.
3. Les directeurs d'établissement qui accordent une grande importance à la procédure de règlement des plaintes et griefs des délinquants semblent obtenir un meilleur taux de règlement des plaintes et des griefs et un plus faible arriéré.
4. Le fait d'accorder suffisamment de ressources aux voies de recours dans les établissements et au niveau régional peut réduire considérablement les retards.

Récemment, un examen externe a été mené afin de confirmer de manière indépendante ces pratiques exemplaires, et le rapport d'examen a été remis au Service en juillet 2010[18]. L'auteur, un spécialiste de la question, a formulé dans bien des cas les mêmes conclusions : l'importance de régler les plaintes aux paliers les plus bas; la participation nécessaire des délinquants et le

18 *Rapport sur l'examen externe de la procédure de règlement des plaintes et des griefs des délinquants du Service correctionnel du Canada*, 13 juillet 2010.

recours à des ressources et à des modèles adaptés pour assurer un règlement efficace et en temps opportun. Le rapport d'examen externe comprend plusieurs recommandations clés, dont les suivantes :

1. Il faut que chaque établissement à sécurité maximale et moyenne nomme un médiateur au niveau de la direction.
2. Chaque établissement doit nommer un coordonnateur des griefs ayant un niveau adéquat d'ancienneté et, dans les établissements où le nombre de délinquants et le volume de plaintes le justifient, un préposé aux griefs.
3. Chaque établissement doit nommer au moins un préposé aux griefs pour donner de l'information sur la procédure de règlement et aider les délinquants à résoudre de manière informelle les problèmes.
4. Le SCC doit accorder plus d'importance à la procédure de règlement interne dans le cadre de la formation des nouveaux employés et donner une formation courante et de recyclage à ce sujet aux employés et aux gestionnaires.

Compte tenu du volume croissant de plaintes et de griefs légitimes des délinquants, de l'incapacité d'assurer un accès et un règlement en temps opportun et de l'augmentation de l'arriéré dans certaines régions du SCC[19] :

17. Je recommande que le SCC mette en œuvre les recommandations formulées dans le Rapport sur l'examen externe de la procédure de règlement des plaintes et des griefs des délinquants du Service correctionnel du Canada et mette en place immédiatement des coordonnateurs et des médiateurs des griefs dans tous les établissements à sécurité moyenne et maximale et à niveaux de sécurité multiples.

19 La procédure de règlement des plaintes et des griefs des délinquants du SCC prévoit plusieurs paliers : établissement, régional, national et appel. En avril 2011, la région du Québec accusait environ 80 % des plaintes non réglées au deuxième palier à l'échelle du pays, ce qui représente plus de 2 000 plaintes individuelles.

Accès aux programmes

4

L'accès en temps opportun aux programmes correctionnels est un facteur clé et déterminant qui sert à établir si une libération conditionnelle peut être envisagée et à quel moment. La mise en liberté sans risque et en temps voulu repose sur la qualité des interventions de gestion de cas. Le plan correctionnel doit être précis, complet et adapté de manière à répondre aux besoins associés au comportement criminel. Les objectifs en matière de comportements et de programmes, qui sont clairement exposés dans le plan correctionnel, visent à aider les autorités correctionnelles et de libération conditionnelle à déterminer les progrès accomplis par le délinquant et de son potentiel en matière de réinsertion sociale en toute sécurité. De façon générale, les indicateurs de rendement à ce sujet – notamment la capacité du SCC d'offrir les programmes correctionnels en temps opportun et de manière efficace, ne sont pas très encourageants :

- **Les taux d'octroi de la semi-liberté et de la libération conditionnelle totale à l'échelon fédéral diminuent chaque année et ont maintenant atteint leur point le plus bas en dix ans.**
- **Près de 53 % des délinquants sont maintenant mis en liberté pour la première fois à la date de leur libération d'office ou lorsqu'ils ont purgé les deux tiers de leur peine.**
- **Un nombre croissant de délinquants ne comparaissent jamais devant la Commission des libérations conditionnelles du Canada. Plus de 60 % des décisions fédérales prélibératoires en vue de la libération conditionnelle totale sont retardées (reportées ou ajournées) ou encore annulées (le délinquant renonce à son droit ou retire sa demande)[20].**
- **En 2009-2010, 23,7 % des délinquants autochtones sous responsabilité fédérale ont obtenu une libération conditionnelle, comparativement à 43,4 % pour les délinquants non autochtones.**
- **Le nombre de délinquants qui obtiennent une permission de sortir (avec ou sans escorte ou encore placement à l'extérieur) est à son plus bas en dix ans. Le nombre de délinquants qui obtiennent un placement à l'extérieur a chuté de près de 70 % depuis 2000-2001.**
- **En 2009-2010, 9 207 délinquants étaient tenus de participer à des programmes reconnus à l'échelle nationale conformément à leur plan correctionnel, mais seulement 5 539 y ont participé[21].**
- **En 2009-2010, il y avait 22 508 inscriptions/évaluations pour l'ensemble des programmes du SCC (y compris les programmes correctionnels, la formation générale et le traitement de la toxicomanie) et 12 396 délinquants ont suivi la formation.**
- **En 2009-2010, le SCC a affecté 42,6 M$ aux programmes correctionnels reconnus à l'échelle nationale, ce qui représente 1,8 % des dépenses totales prévues pour l'exercice.**

La recherche et l'expérience démontrent que les programmes correctionnels, lorsqu'ils sont bien ciblés et étalonnés et lorsqu'ils sont mis en œuvre et offerts afin de respecter la date la plus rapprochée d'admissibilité à la libération conditionnelle, peuvent contribuer à réduire la récidive, à réaliser des économies à long terme et à améliorer la sécurité publique. Selon des études du SCC, en moyenne, pour chaque dollar investi dans les programmes correctionnels, le gouvernement épargne quatre dollars en coûts

20 T. Beauchamp, T. Cabana, K. Emono, et S. Bottos. *Renonciations, reports et retraits des demandes d'examen en vue d'une libération conditionnelle : Étude des caractéristiques des utilisateurs fréquents*, Ottawa, SCC, 2009.

21 Réponse du SCC à la question des parlementaires Q-472, 19 octobre 2010.

d'incarcération. Les programmes correctionnels qui portent fruit sont ceux qui :

- reposent sur des modèles d'intervention qui amènent un changement de comportement et qui sont fondés sur des données empiriques;
- sont fondés sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité (principes RBR)[22];
- sont axés sur les facteurs dynamiques (modifiables) liés au comportement criminel;
- sont adaptés au style d'apprentissage et à la personnalité du délinquant;
- sont surveillés, évalués et accrédités;
- sont offerts par des membres du personnel compétents et spécialisés.

Selon la recherche, lorsque tous ces éléments sont rassemblés, il peut y avoir une réduction de 60 % du taux de récidive.

Modèle de programme correctionnel intégré (MPCI)

En lançant le Modèle de programme correctionnel intégré (MPCI), le SCC a entrepris de modifier en profondeur son approche traditionnelle en matière de programmes correctionnels. Le Service a mis en place à titre d'essai le MPCI dans tous les établissements correctionnels pour hommes de la région du Pacifique en janvier 2010. Il l'a depuis étendu à la région de l'Atlantique. Le MPCI comprend trois programmes correctionnels distincts et exhaustifs (programme multicibles, programme pour délinquants sexuels et programme pour Autochtones), et comporte un volet en établissement et un autre volet de maintien des acquis dans la collectivité. Il vise à réaliser des gains escomptés en :

- **en assurant les interventions correctionnelles plus tôt dans la peine (accès en temps opportun aux programmes correctionnels);**
- **en simplifiant le contenu des programmes et en réduisant le nombre de programmes correctionnels offerts (pour réduire les coûts et les répétitions);**
- **en resserrant les liens entre les interventions en établissement et dans la collectivité (assurer un continuum de soins de l'admission à la réinsertion sociale);**
- **en adaptant le contenu pour le rendre pertinent et accessible aux délinquants (simplifier la terminologie, les concepts et le contenu).**

Le MPCI vise à régler un certain nombre des problèmes qui ont une incidence sur la prestation et la gestion des programmes correctionnels, ainsi que l'accès à ceux-ci, et dont il a été question au début de la présente section. À l'heure actuelle, 50 % de tous les délinquants de sexe masculin admis dans un établissement fédéral purgent une peine de moins de trois ans. Selon un document d'information interne, le MPCI a été conçu pour que « le Service puisse faire participer plus de délinquants dans les bons programmes au bon moment ». En passant du modèle multiprogrammes actuel à un modèle de

22 Voir par exemple, Jim Bonta et Don Andrews. *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*, Sécurité publique Canada, 2007. Selon les auteurs, 1) le *principe du risque* fait valoir que le comportement criminel peut être prédit de manière fiable et que le traitement doit être centré sur les délinquants qui présentent le risque le plus élevé; 2) le *principe des besoins* fait ressortir l'importance des facteurs criminogènes dans la conception et la prestation du traitement; et 3) le *principe de la réceptivité* décrit comment le traitement doit être fourni.

la prochaine génération, le Service espère améliorer les résultats correctionnels en ciblant mieux les risques et les besoins et en éliminant les dédoublements. Il pourra ainsi concentrer ses ressources sur les délinquants à risque élevé.

En théorie, le MPCI représente une réponse raisonnable et pratique à un ensemble de circonstances internes et externes : contraintes financières et en matière de ressources humaines, baisse des taux d'octroi de la semi-liberté et de la libération conditionnelle totale, profil des délinquants de plus en plus complexe (y compris une tendance vers les peines de courte durée) et limites associées au modèle de prestation de programmes multiples[23]. La Direction de la recherche du SCC est censée évaluer le MPCI avant sa pleine mise en œuvre. Or, le projet pilote a déjà été étendu à la région de l'Atlantique et semble faire l'objet d'une mise en œuvre accélérée, sans évaluation ni validation des indicateurs de rendement.

Le Service subit des pressions internes et externes considérables en vue d'offrir des interventions correctionnelles efficaces, appropriées et accessibles, et ce en temps opportun. Par exemple, la Commission des libérations conditionnelles du Canada exige des garanties que les délinquants ont été bien préparés pour vivre comme citoyens respectueux des lois à leur mise en liberté. Pour accorder la libération conditionnelle, la Commission doit avoir confiance dans la qualité des programmes correctionnels offerts aux détenus. Or, certains s'inquiètent de l'accent mis dans le cadre du projet pilote sur la réduction du nombre de programmes distincts et modestes (p. ex., les programmes de prévention de la toxicomanie, de prévention de la violence ou de maîtrise de la colère qui sont fusionnés en une seule intervention omnivalente).

Dans le cadre des efforts déployés pour cerner et éliminer les chevauchements, le Programme de prévention de la violence et le programme pour Autochtones *En quête du guerrier en vous* ont été remplacés dans les régions où le MPCI est à l'essai. Ces mesures visant à accroître l'efficacité s'inscrivent dans la foulée de celles ayant menant à l'élimination à l'échelle du Service du programme de faible intensité pour délinquants sexuels. En outre, conformément au MPCI, la durée des programmes est considérablement réduite, par un facteur de trois dans certains cas. Bref, le MPCI à titre pilote et sa mise en œuvre dans les autres régions doivent être considérés avec optimisme, mais aussi avec prudence.

18. Je recommande que le projet pilote de Modèle de programme correctionnel intégré (MPCI) soit examiné par des experts indépendants au cours du prochain exercice, en fonction d'indicateurs de rendement et de résultats clairs, et que les conclusions de cet examen soient communiquées à la Commission des libérations conditionnelles du Canada et rendues publiques. Des programmes pour Autochtones devraient être maintenus jusqu'à l'achèvement de l'évaluation.

23 Le SCC offre actuellement 64 types de programmes correctionnels reconnus à l'échelle nationale, y compris un certain nombre de programmes correctionnels pour les Autochtones et les femmes, de même que les programmes du MPCI. Les programmes correctionnels de base comprennent les programmes pour délinquants sexuels, les programmes de traitement de la toxicomanie, les programmes de prévention de la violence, les programmes d'acquisition de compétences psychosociales, les programmes pour Autochtones, les programmes pour délinquantes et les programmes de maintien des acquis.

5 Questions autochtones

Formation sur les principes découlant de l'affaire *Gladue*

Dans le rapport annuel de l'an dernier, le Bureau a recommandé que le Service tienne compte des principes découlant de l'affaire *Gladue* dans la prise de décisions correctionnelles mettant en cause les droits et les libertés des délinquants autochtones, notamment en ce qui concerne les placements en isolement, les transfèrements imposés, l'accès aux programmes, le classement par niveau de sécurité, les placements pénitentiaires ainsi que l'accès à la collectivité et la planification de la mise en liberté sous condition. Le Bureau a constaté que la politique modifiée du SCC présente une assez vaste interprétation des facteurs exposés dans l'affaire *Gladue*, y compris les séquelles du régime des pensionnats, les répercussions de la fragmentation des collectivités, les effets du déplacement et de la dépossession, les antécédents de suicide, de toxicomanie et de victimisation dans la famille et la perte de l'identité culturelle et spirituelle[24].

Le BEC trouve encourageant que le Service ait retenu les services de spécialistes externes pour offrir une formation sur l'application des principes découlant de l'affaire *Gladue* dans certaines unités opérationnelles et qu'il procède à une évaluation de cette initiative. Entre-temps, le SCC a entrepris d'offrir une formation sur la gestion des délinquants autochtones selon ces principes (p. ex., prise en compte des antécédents sociaux, plans de guérison, examens par les Aînés) en vue de mieux tenir compte de la réalité des délinquants autochtones dans ses directives stratégiques. Il mérite de souligner et d'encourager les efforts déployés en ce sens.

24 L'affaire *Gladue* (1999) est un arrêt clé de la Cour suprême du Canada qui oblige les juges à tenir compte des circonstances particulières des Autochtones au moment de déterminer la peine qu'ils imposeront à un délinquant autochtone.

Accès à des services spirituels et culturels

Si importante ces initiatives soient-elles pour améliorer les résultats correctionnels des délinquants autochtones, le Bureau continue de constater un écart entre les données officielles du SCC et la situation de bon nombre des détenus autochtones dans les pénitenciers fédéraux à l'échelle du pays. Afin de donner des exemples concrets de cet écart entre la théorie et la réalité, le Bureau a mené une enquête systémique sur l'accès par les détenus autochtones aux services spirituels et culturels dans un établissement à sécurité maximale.

Les résultats de cette enquête n'abondaient pas dans le même sens, semble-t-il, que la politique du SCC et la loi :

- **les détenus autochtones se sont vus régulièrement refuser l'accès aux sueries et aux cérémonies de suerie au cours des deux dernières années pour diverses raisons opérationnelles et de sécurité faiblement étayées :**
  - impossibilité d'obtenir les autorisations requises en raison du manque de ressources humaines pour effectuer les évaluations de risque nécessaires;
  - modifications structurelles à apporter aux sueries pour permettre au personnel d'assurer une surveillance plus étroite et d'effectuer des dénombrements;
  - impression qu'il est nécessaire d'inspecter le bois utilisé pour les cérémonies de suerie;
  - annulation de nombreuses cérémonies de suerie en raison des restrictions touchant les déplacements, le rassemblement et les fréquentations des détenus;
  - restrictions déraisonnables relatives à l'utilisation et la distribution des allumettes et des sacs de médecine (y compris le tabac et le foin d'honneur, lesquels sont nécessaires aux cérémonies de purification) ainsi qu'à l'accès à ces produits.
- **L'ascendance autochtone est remise en question de manière intempestive, parce que des délinquants tenteraient apparemment de se procurer à tort les avantages associés selon certains au statut de personne autochtone.**
- **L'absence d'agent de liaison autochtone dans l'établissement alourdit les tâches de l'Aîné en place et réduit le temps que ce dernier peut accorder pour répondre aux besoins des détenus.**

De façon générale, le personnel semble empathique et au courant de la situation des délinquants autochtones, notamment des principes découlant de l'affaire Gladue et des répercussions négatives de la surreprésentation des Autochtones au sein du système de justice pénale, mais il semble incapable de traduire pleinement et concrètement sur le plan opérationnel l'esprit de ces principes. Par conséquent, les initiatives mises en place pour venir en aide aux Autochtones sous responsabilité fédérale (comme l'accès aux Aînés, à des interventions et cérémonies spirituelles et culturelles, et à des programmes) ne sont pas encouragées, ni développées dans la mesure où les politiques nationales et la loi l'exigent.

Au SCC, comme le laisse entendre notre enquête, la situation des délinquants qui ne se déclarent pas comme étant Autochtones, mais qui revendiquent le droit de participer à des cérémonies spirituelles autochtones au nom de la liberté de religion, semble causer une certaine confusion. Le but n'est pas de limiter indûment aux Autochtones l'accès aux programmes autochtones. La loi et la politique sont claires à ce sujet : les deux font allusion à l'origine ethnoculturelle des délinquants autochtones, et non pas à leurs croyances religieuses ou spirituelles ou à leur statut. Il importe de noter que les déclarations normalisées au sujet des services spirituels autochtones ont trait à la logique du programme, et non à la liberté de religion.

Les délinquants autochtones peuvent vouloir rencontrer un Aîné, se renseigner sur les pratiques spirituelles autochtones et participer, dans une certaine mesure, aux activités spirituelles. Toutefois, les dispositions de la loi et les politiques à l'appui des programmes pour Autochtones visent à aider les délinquants autochtones à reconquérir leurs traditions, valeurs et rituels ancestraux. Ces mesures et programmes ont été mis en place pour reconnaître l'injustice subie par le passé par les communautés autochtones et le lien entre ce passé et la surreprésentation des délinquants autochtones au sein du système de justice pénale. L'application du principe de la guérison holistique est l'un des moyens de rétablir l'équilibre au sein des communautés autochtones. Suivre un plan de guérison dans un établissement du SCC constitue un mode de vie, et non seulement un programme.

Il est particulièrement troublant de constater que les questions opérationnelles et de sécurité continuent de nuire à l'accès à des services spirituels et culturels autochtones. L'enquête a révélé que les gestionnaires ne consultaient pas leurs homologues dans d'autres établissements à sécurité maximale au sujet des protocoles et des pratiques exemplaires afin de pouvoir satisfaire les exigences en matière de sécurité tout en offrant un accès raisonnable aux cérémonies de suerie et de purification et à d'autres cérémonies de guérison autochtones.

Si un délinquant n'a pas accès à des allumettes ou encore si le personnel restreint de manière déraisonnable leur distribution (et donc l'accès à celles-ci), il devient impossible d'accomplir les cérémonies traditionnelles associées à la spiritualité autochtone. Puisque l'accès à des allumettes et leur utilisation permettent les cérémonies de purification, seul un résultat négatif à une évaluation du risque « individuelle » devrait entraîner ce type de sanctions. Il ne faudrait pas automatiquement limiter ou interdire les cérémonies autochtones impliquant une combustion, comme la purification, en raison des instructions permanentes locales ou en établissement ou de l'activité opérationnelle. La politique du SCC prévoit qu'il faut permettre, dans des limites raisonnables, les cérémonies culturelles ou spirituelles sous la direction d'un Aîné ou d'un conseiller spirituel. Les restrictions légitimes et justifiées à l'accès aux allumettes par un délinquant en particulier ne devraient pas empêcher indûment le groupe d'exercer son droit. L'incapacité apparente du personnel de voir plus loin que les questions de sécurité expose le défaut général de faciliter et de respecter les cérémonies spirituelles et de guérison autochtones.

19. Je recommande que le SCC procède à un examen opérationnel de l'accès des délinquants autochtones aux activités liées à la spiritualité et aux cérémonies dans les établissements de tous les niveaux de sécurité pour faire en sorte que les pratiques en établissement soient soutenues et développées uniformément, dans la mesure prévue par les politiques et la loi.

Par ailleurs, je note de nouveau avec mécontentement qu'aucun membre du Comité de direction du SCC n'est désigné particulièrement et exclusivement responsable des questions autochtones.

Délinquantes sous responsabilité fédérale

6

L'an dernier, il y avait en moyenne un peu plus de 500 délinquantes purgeant une peine de ressort fédéral dans un établissement du SCC. Selon les données du SCC, ces femmes ont été impliquées dans 1 524 incidents de sécurité en 2010-2011, dont 144 ayant nécessité un recours à la force. Au cours de la période visée, le Bureau a reçu 436 plaintes de délinquantes sous responsabilité fédérale. Les sujets les plus souvent soulevées par les délinquantes dans les cinq établissements régionaux pour femmes comprenaient les conditions de détention, la santé physique, les effets gardés en cellule, les services de santé mentale, l'isolement préventif et les problèmes avec le personnel, y compris des allégations de discrimination et de harcèlement.

En plus d'examiner les plaintes individuelles, le Bureau continue de mettre l'accent sur les problèmes systémiques et les priorités touchant les délinquantes, ce qui englobait, durant la période visée, l'accès aux programmes, les conditions de détention, la réinsertion sociale ainsi que des questions précises ayant trait à la surreprésentation des délinquantes autochtones. Il a étudié plus en détail avec la sous-commissaire pour les femmes les recommandations contenues dans le rapport annuel de l'an dernier, soit fournir des logements autonomes aux délinquantes de niveau de sécurité minimale (à l'intérieur des établissements régionaux et pour les délinquantes qui résident dans la collectiivté) et mettre fin aux limitations relatives au programme mère-enfant.

En septembre 2010, le Service a souligné le vingtième anniversaire de *La Création de choix*, le rapport du Groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale qui a mené à la mise en place des cinq établissements régionaux pour femmes. Comme l'a indiqué le commissaire dans son mot d'ouverture à l'occasion du forum tenu pour célébrer l'événement, en ce qui concerne les services correctionnels pour femmes, « notre travail [en parlant du SCC] évolue constamment, à de nombreux égards. Nous n'avons pas toujours accompli les choses parfaitement, mais nous continuons d'apprendre, de nous ajuster et de nous améliorer ». Dans cette foulée, le BEC considère la stratégie de lutte contre l'intimidation mise en place dans les établissements régionaux pour femmes durant la période visée comme une pratique exemplaire. Par ailleurs, un des établissements régionaux a récemment formé un comité d'éthique. Ces deux initiatives sont positives. Le Bureau trouve également encourageante la décision du Service de mettre fin dès le 1er mai 2011 au Protocole de gestion des délinquants ayant des besoins élevés ou présentant un risque élevé[25].

25 Une note de service du 13 avril 2011 de la sous-commissaire pour les femmes visant à informer le Bureau de l'intention du Service de mettre fin au Protocole de gestion précise ce qui suit : « Les détenues qui présentent le risque le plus élevé seront gérées en vertu du cadre stratégique actuel, à savoir des autorisations existantes en matière d'isolement, des plans correctionnels améliorés et des plans de réintégration solides, ce qui fournira une approche globale plus individualisée pour ce qui est de gérer les risques et les besoins, offrira une plus grande flexibilité et permettra de se concentrer davantage sur les interventions. »

Pleins feux sur

le profil des délinquantes sous responsabilité fédérale

Faits généraux

- En août 2010, 512 délinquantes sous responsabilité fédérale étaient incarcérées dans les établissements du SCC.
- Au total, 567 délinquantes bénéficiaient d'une forme quelconque de mise en liberté sous surveillance dans la collectivité.
- Au cours des dix dernières années, le nombre de détenues autochtones a augmenté de 86,4 %, comparativement à une hausse de 25,7 % des détenus autochtones durant la même période.
- Trente-quatre pour cent (34 %) des détenues sont Autochtones.
- Plus de 65 % des délinquantes nouvellement admises purgent une peine de moins de trois ans.

Antécédents personnels

- Soixante-dix-sept pour cent (77 %) des délinquantes ont des enfants. Un peu plus de la moitié ont indiqué qu'elles avaient fait appel aux services d'aide à l'enfance.
- En 2010, 86 % des délinquantes ont indiqué qu'elles avaient été victimes de violence physique, et 68 % ont indiqué qu'elles avaient été victimes de violence sexuelle durant leur vie, ce qui représente une augmentation de 19 % et 15 % respectivement depuis 1991.
- Environ 45 % des délinquantes ont indiqué qu'elles n'avaient pas terminé leurs études secondaires au moment de l'admission.
- Soxiante-quatre pour cent (64 %) subvenaient financièrement elles-mêmes à leurs besoins.

Santé mentale et toxicomanie

- En 2009, 29 % des délinquantes présentaient des problèmes de santé mentale à l'admission, soit plus du double par rapport à il y a dix ans.
- Trente-et-un pour cent (31 %) des délinquantes avaient fait au moment de leur admission l'objet d'un diagnostic précédent de problème de santé mentale, ce qui représente une augmentation de 63 % au cours des dix dernières années.
- Quarante-huit pour cent (48 %) des délinquantes avaient besoin au moment de l'admission de prendre un médicament sous ordonnance.
- Depuis 2003, à leur admission, environ 77 % des délinquantes indiquent qu'elles ont consommé à la fois de l'alcool et des drogues
- Un peu moins de la moitié des délinquantes indiquent qu'elles avaient eu des comportements autodestructeurs.

Sources

i) M. Barrett, K. Allenby, et K. Taylor. *Vingt ans après : Regard sur le Groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale*, rapport de recherche R-222, 2010.

ii) *Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition – Rapport annuel 2010.*

Répercussions de la surpopulation dans les établissements régionaux pour femmes

Dans la section sur les conditions de détention du présent rapport, le Bureau a examiné les conséquences générales de la surpopulation dans les pénitenciers. La situation dans les cinq établissements régionaux pour femmes est particulièrement grave, car les délinquantes n'ont pas vraiment la possibilité ou le choix (contrairement aux délinquants) de se faire transférer dans un établissement moins surpeuplé ou de niveau inférieur. Le SCC prévoit une hausse à court et à moyen terme de la population des délinquantes. Jusqu'à maintenant, trois des cinq établissements régionaux pour femmes ont demandé que soit approuvée la double occupation dans les unités de garde en milieu fermé (l'équivalent d'unité à sécurité maximale). L'unité en milieu de vie structuré dans un de ces établissements sert à isoler les délinquantes, et d'autres unités régionales envisagent peut-être aussi cette solution pour composer avec le problème de surpopulation.

Un établissement en est venu à placer les délinquantes dans une salle d'entrevue au sein de l'unité de garde en milieu fermé. Il s'agit d'une salle sans eau courante, sans toilette et sans dispositif d'alarme qui n'offre pas l'espace d'habitation, le droit à la vie privée et la dignité d'une cellule. Les détenues couchent sur un matelas déposé sur le plancher. Pire encore aux yeux du Bureau, certaines des femmes dans cette salle ont des besoins en matière de santé mentale. Le Bureau a également appris que l'on planifiait de convertir un gymnase en dortoir et une unité de visite familiale privée, en unité d'hébergement temporaire.

La pratique consistant à loger des délinquantes dans des locaux non conçus à cette fin afin de gérer la population carcérale féminine perturbe considérablement les activités et empêche d'utiliser les locaux aux fins visés. Les autres stratégies de gestion de la population, comme les transfèrements interrégionaux effectués pour procéder aux évaluations du risque dans des établissements moins surpeuplés ou les transfèrements imposés par manque de place vers des établissements provinciaux, sont tout aussi problématiques.

20. Je recommande que le SCC mette en œuvre très activement une série de mesures de gestion de la population dans les établissements régionaux pour femmes, conformes au rapport La création de choix et fidèles au principe des mesures le moins restrictives possible énoncé dans la LSCMLC.

Examen de l'Unité Churchill

On estime que 50 % des délinquantes sous responsabilité fédérale déclarent avoir des comportements autodestructeurs. Il n'existe pas pour les femmes qui s'automutilent de manière chronique, comme c'est le cas pour les hommes, de programme spécial ou pilote de soins pour les besoins complexes ou d'unité spécialisée dans le traitement de l'automutilation. Certains des cas d'automutilation les plus difficiles et complexes au sein du système correctionnel fédéral sont gérés dans l'aile réservée aux femmes du Centre psychiatrique régional (CPR des Prairies), que l'on désigne l'Unité Churchill.

À la suite d'une enquête nationale sur les soins et traitements offerts à une délinquante à l'Unité Churchill, le sous-commissaire pour la région des Prairies a rassemblé une équipe de projet composée de spécialistes cliniques et de personnel opérationnel chevronnés pour examiner le modèle actuel de gestion clinique de l'unité. Cette équipe avait pour mandat de passer en revue les normes dans la collectivité, les tendances actuelles et la pratique dans des centres semblables de psychiatrie légale dans la collectivité afin de cerner d'éventuels modèles

organisationnels permettant de renforcer la gestion clinique à l'Unité Churchill de manière à assurer un traitement clinique moderne, novateur et approprié[26] ».

L'Unité Churchill de douze places a été affectée pour la première fois en août 1996 au traitement des délinquantes sous responsabilité fédérale. Elle n'a jamais été considérée comme le meilleur endroit pour traiter les femmes nécessitant d'abord et avant tout des interventions psychiatriques. Malgré certaines rénovations, l'Unité, qui a servi au départ d'unité de soins psychiatriques intensifs pour hommes, demeure surtout une arrière-pensée. L'Unité Churchill fait partie d'un établissement pour hommes, ce qui empêche les détenues qui y sont traitées d'accéder à des salles à l'extérieur de l'unité, notamment les salles réservées aux programmes qui leur seraient grandement utiles, aux entrevues et au counseling. En fait, le manque de locaux appropriés limite le nombre et le type d'interventions pouvant être offerts à l'unité.

L'Unité a évolué au fil des ans, et il y a maintenant plus d'agents de correction que de personnel clinique. Comme l'indique le rapport d'examen, le déséquilibre entre les opérations correctionnelles et cliniques portent gravement atteinte à la capacité d'offrir des soins et des interventions en santé mentale efficaces au sein d'un hôpital psychiatrique. En fait, le Bureau a observé une tension souvent palpable entre les responsables des interventions cliniques et des mesures de sécurité, ce qui n'aide pas à gérer les patients ayant d'importants besoins en santé mentale. Trop souvent, les problèmes anticipés de sécurité, peu importe le risque établi, empêchent les interventions cliniques.

Dans la section sur la santé mentale du présent rapport, nous avons mentionné que le Bureau était intervenu dans le cas de deux délinquantes qui s'automutilaient de façon chronique et qui étaient traitées à l'Unité Churchill – un de ces cas a fait l'objet d'une enquête sur le recours à la force qui a mené à l'examen régional du modèle d'intervention clinique dans cette unité. Pour une de ces délinquantes, le Bureau était d'avis que le traitement n'avançait pas comme il l'aurait pu en raison du resserrement des mesures de sécurité. Compte tenu du manque d'équilibre entre les interventions de soins de santé et les mesures de sécurité, nous avons recommandé le transfèrement de la délinquante en question vers un centre provincial. Il y a lieu de noter que cette délinquante vit maintenant dans la collectivité où elle se débrouille bien, sans présenter les tendances autodestructrices qui ont marqué son incarcération dans les établissements du SCC.

Cela dit, le Bureau appuie un grand nombre des pratiques modernes, novatrices et appropriées exposées dans les constatations clés du rapport sur l'examen de l'Unité Churchill :

- **Il faut respecter le principe des mesures le moins restrictives possible et ne pas recourir automatiquement et immédiatement à l'isolement et au matériel de contrainte pour gérer les délinquantes qui s'automutilent et qui ont un comportement difficile ou qui se conduisent mal.**
- **L'isolement peut aggraver les symptômes chez le patient, et le recours à l'isolement pour prévenir l'automutilation peut motiver celui-ci à s'automutiler ou à multiplier les comportements autodestructeurs.**
- **Les techniques de désamorçage constituent une solution de rechange efficace au matériel de contrainte et à l'isolement ainsi qu'un traitement sécuritaire et thérapeutique.**
- **Le SCC devrait entériner le principe fondamental de gestion dans ses CRT, suivant lequel les traitements et les activités doivent se dérouler dans le contexte d'un « pénitencier au sein d'un hôpital au lieu d'un hôpital au sein d'un pénitencier ».**

26 SCC. *Examen du modèle de traitement actuel du Centre psychiatrique régional (Unité Churchill pour femmes)*, 26 novembre 2010.

- **L'aménagement des CRT devrait comprendre des éléments qui contribuent au bien-être, comme la lumière naturelle, l'air frais, la possibilité de faire de l'exercice et des salles pour les activités spirituelles et culturelles.**
- **Les spécialistes cliniques, le personnel opérationnel et le patient devraient participer à l'élaboration d'une stratégie de traitement ou d'intervention individualisée.**
- **Tous les membres du personnel devraient jouer un rôle dans l'application du plan de traitement clinique.**

L'examen de l'Unité Churchill indique la voie à suivre pour modifier le modèle existant de traitement clinique et l'approche adoptée pour traiter les délinquantes qui s'automutilent de manière chronique. Or, comme le Bureau l'a fait remarquer, il n'y a pas d'unité de logement autonome ni d'installations de traitement à long terme où le SCC peut traiter les délinquantes souffrant de graves problèmes de santé mentale. Ce manque à gagner pose de plus en plus de problèmes, vu l'incidence et la complexité accrues des troubles de santé mentale parmi la population des délinquantes, notamment les délinquantes ayant subi un grave traumatisme psychologique ou qui ont été victimes de violence physique et sexuelle et qui pratiquent l'automutilation comme mécanisme d'adaptation.

21. Je recommande que le SCC explore d'autres partenariats et ententes avec les provinces et les territoires pour favoriser le transfèrement des délinquantes souffrant de troubles mentaux graves dans des établissements de traitement spécialisés.

Perspectives de l'Enquêteur correctionnel pour 2011-2012

Selon mon expérience, on trouve parmi les populations carcérales un nombre disproportionné de personnes parmi les plus démunies, les moins éduquées et les plus aux prises avec des problèmes de toxicomanie et de santé mentale. Il suffit d'une visite dans un pénitencier fédéral au pays pour constater que le système de justice pénale prend au filet un grand nombre des individus les plus troublés et marginalisés de nos collectivités, y compris les personnes désavantagées sur le plan social, les Autochtones, les personnes âgées et les infirmes. Les personnes que nous incarcérons et la façon dont nous les traitons en prison sont des informations révélatrices de notre société et de nos valeurs en tant que nation.

La population des délinquants augmente et continuera de croître au fur et à mesure que les dernières initiatives stratégiques et législatives seront pleinement mises en œuvre. Or, la plupart des établissements du SCC fonctionnent déjà à pleine capacité ou au-delà de celle-ci. Les pressions en vue d'assurer un logement et une garde appropriés et sécuritaires, de répondre aux besoins d'un nombre croissant de délinquants souffrant de problèmes de santé mentale et de satisfaire aux besoins spéciaux des délinquantes, des délinquants âgés et des délinquants autochtones ne feront que s'intensifier. Or, ces questions sont une source de préoccupation immédiate.

Les contraintes liées à la gestion de ces populations obligent le SCC à améliorer la qualité des évaluations individuelles et le processus de gestion des cas en général. Pour éviter de simplement empiler les délinquants, le SCC doit trouver de meilleurs moyens d'assurer le transfèrement des délinquants vers des établissements de niveau de sécurité inférieur pour mieux les préparer en vue de leur mise en liberté en temps opportun et en toute sécurité. La dernière année, jusqu'à 50 % de la population des délinquants purgeaient une peine de moins de trois ans. Il est donc de plus en plus important que le SCC assure une intervention dès le début de la peine. Tandis que les contraintes liées à la population s'intensifient, le SCC sera observé de près quant à sa capacité d'offrir des programmes accessibles et crédibles de qualité qui facilitent la réinsertion sociale des délinquants.

Au cours de la prochaine année, le Bureau continuera de porter une attention particulière aux questions préoccupantes et aux priorités mentionnées dans le présent rapport annuel et d'exercer un suivi à cet égard. En ce qui a trait à la prévention des décès en établissement, le Bureau a l'intention de procéder à un examen systémique du Processus d'examen des cas de décès, car la réponse du SCC, soit qu'aucun suivi n'est nécessaire, n'est pas du tout satisfaisante selon nous. Le refus du SCC de corriger les

problèmes de crédibilité nous laisse d'autres choix que de mener un examen indépendant.

Comme le révèle notre examen de l'accès aux activités spirituelles autochtones dans un établissement à sécurité maximale, nous devrons continuerons de nous attacher à la réduction des écarts entre les résultats correctionnels des Autochtones par rapport aux autres délinquants. L'augmentation implacable d'année en année du pourcentage de délinquants autochtones incarcérés est démoralisante. Malgré les nombreuses causes sous-jacentes, il n'y a pas vraiment d'excuse expliquant pourquoi il y a un aussi grand écart entre les délinquants autochtones et les autres délinquants dans les pénitenciers, et ce pour presque tous les indicateurs de rendement.

Le lien entre les conditions de détention et les tendances à l'automutilation devrait aussi faire l'objet d'un examen systémique. Je trouve encourageant que les études, enquêtes et examens du SCC commencent à tracer des liens. Malheureusement, le problème est souvent reconnu beaucoup trop tard pour faire une différence dans le traitement de ce problème complexe dans un milieu correctionnel. Le SCC a maintenant à sa disposition un vaste éventail de rapports d'enquête, d'examen et de recherche, de pratiques exemplaires sans compter une vaste expérience clinique pour l'aider à mieux gérer les cas d'automutilation.

En tant qu'enquêteur correctionnel, j'ai le privilège de servir les Canadiens et les Canadiennes. Dans l'année qui vient, je compte bien produire des rapports sur des questions qui touchent les services correctionnels et la sécurité publique.

Prix Ed McIsaac pour la promotion des droits de la personne dans le système correctionnel

Le 8 décembre 2010, Madame Mary Campbell a reçu le ***Prix Ed McIsaac pour la promotion des droits de la personne dans le système correctionnel***. Ce prix a été créé en l'honneur de M. Ed McIsaac, qui a longtemps été directeur exécutif du Bureau de l'enquêteur correctionnel ainsi qu'un fervent défenseur des droits de la personne au sein du système correctionnel. Le Prix Ed McIsaac vise à souligner les services insignes et l'engagement à améliorer les services correctionnels au Canada et à protéger les droits des détenus.

Au cours des 25 dernières années, Mme Campbell a été au centre des réformes stratégiques et législatives qui ont défini le système de justice pénale et le système correctionnel du Canada. En tant que directrice générale des Affaires correctionnelles et de la justice pénale de Sécurité publique Canada, Mme Campbell apporte une expertise en matière de politiques, de programmes, de législation et de recherche afin d'appuyer le ministre de la Sécurité publique et le Parlement. Elle est avocate et professeure d'université, et ses publications dans les domaines des droits légaux des prisonniers, de la réforme de la détermination de la peine et de la jurisprudence sont devenues des références courantes dans les cours de criminologie et les départements de droit partout au Canada.

Les carrières de Mme Campbell et de M. McIsaac nous rappellent que tous les membres de la société ont droit à l'équité, au respect et à la dignité, même ceux qui sont privés de leur liberté.

De gauche à droite : M. Howard Sapers, Mme Mary Campbell (centre) et M. Ed McIsaac.

ANNEXE A : STATISTIQUES ANNUELLES

TABLEAU A : PLAINTES (1) PAR CATÉGORIE

Plaintes – voir le glossaire (1), Réponse interne – voir le glossaire (2), Enquête – voir le glossaire (3)

Catégorie	RI(2)	ENQ(3)	Total
Isolement préventif			
Conditions	44	45	89
Placement/Examen	87	170	257
Total	**131**	**215**	**346**
Préparation de cas			
Mise en liberté sous condition	26	30	56
Postsuspension	7	3	10
Permission de sortir	6	11	17
Transfèrement	8	20	28
Total	**47**	**64**	**111**
Effets gardés en cellule	**188**	**219**	**407**
Placement en cellule	**10**	**25**	**35**
Réclamation			
Décisions	10	13	23
Traitement	17	21	38
Total	**27**	**34**	**61**
Programmes communautaires/ surveillance dans la collectivité	**5**	**16**	**21**
Mise en liberté sous condition	**20**	**26**	**46**
Conditions de détention	**216**	**253**	**469**
Condamnation/peine – Infraction actuelle	**0**	**1**	**1**
Correspondance	**56**	**59**	**115**
Décès ou blessures graves	**14**	**46**	**60**
Décisions (en général) – mise en application	**67**	**62**	**129**
Régime alimentaire			
Raisons de santé	2	7	9
Motifs religieux	6	11	17
Total	**8**	**18**	**26**
Régime disciplinaire			
Décisions du président indépendant	1	3	4
Décisions d'un tribunal disciplinaire pour infractions mineures	4	5	9
Procédures	15	15	30
Total	**20**	**23**	**43**

TABLEAU A : PLAINTES (1) PAR CATÉGORIE (suite)

Plaintes – voir le glossaire (1), Réponse interne – voir le glossaire (2), Enquête – voir le glossaire (3)

Catégorie	RI(2)	ENQ(3)	Total
Discrimination	3	6	9
Double occupation	15	29	44
Emploi	27	51	78
Questions financières			
Accès	17	20	37
Rémunération	10	33	43
Total	**27**	**53**	**80**
Services alimentaires	21	39	60
Procédure de règlement des griefs			
EXAMEN AU 3e NIVEAU	26	21	47
DÉCISION	19	16	35
PROCÉDURE	113	89	202
Total	**158**	**126**	**284**
HARCÈLEMENT	38	50	88
Santé et sécurité – Lieux de travail/ programmes des détenus	3	6	9
Soins de santé			
Accès	110	277	387
Décisions	72	117	189
Médicaments	57	108	165
Total	**239**	**502**	**741**
Soins de santé – soins dentaires	7	49	56
Grève de la faim	1	16	17
Renseignements au dossier			
ACCÈS/DIVULGATION	54	50	104
Corrections	48	50	98
Total	**102**	**100**	**202**
Requête du détenu	8	7	15
Détecteur ionique	1	1	2
Avocat – Qualité	21	19	40
Santé mentale			
Accès/PROGRAMMES	6	22	28
QUALITÉ	1	9	10
Automutilation	12	62	74
Total	**19**	**93**	**112**
MÉTHADONE	9	21	30

TABLEAU A : PLAINTES (1) PAR CATÉGORIE (suite)

Plaintes – voir le glossaire (1), Réponse interne – voir le glossaire (2), Enquête – voir le glossaire (3)

Catégorie	RI(2)	ENQ(3)	Total
BEC	**1**	**2**	**3**
Langues officielles	**5**	**2**	**7**
Opérations/Décisions du BEC	**15**	**10**	**25**
Tribunal de l'extérieur	**2**	**5**	**7**
Décisions – Libérations conditionnelles			
Conditions	16	14	30
Semi-liberté	15	14	29
Détention	10	6	16
Libération conditionnelle totale	13	4	17
Révocation	27	15	42
Total	**81**	**53**	**134**
Décisions des services de police ou mauvaise conduite	**2**	**1**	**3**
Visites familiales privées	**33**	**76**	**109**
Programmes/Services			
Femmes	0	3	3
Autochtones	12	23	35
Accès	24	71	95
Décisions	15	23	38
Accès aux langues	0	3	3
Autres	8	6	14
Total	**59**	**129**	**188**
Questions de compétence provinciale	**0**	**2**	**2**
Processus de mise en liberté	**32**	**33**	**65**
Motifs religieux/spirituels	**10**	**23**	**33**
Sécurité			
Incompatibilités	14	29	43
Lieu de travail	0	1	1
Total	**14**	**30**	**44**
Sécurité des délinquants	**32**	**58**	**90**
Fouille et saisie	**9**	**18**	**27**
Classement selon le niveau de sécurité	**54**	**81**	**135**
Administration de la peine	**11**	**6**	**17**
Personnel	**173**	**174**	**347**
Téléphone	**67**	**101**	**168**

TABLEAU A : PLAINTES (1) PAR CATÉGORIE (suite)

Plaintes – voir le glossaire (1), Réponse interne – voir le glossaire (2), Enquête – voir le glossaire (3)

Catégorie	RI(2)	ENQ(3)	Total
Permission de sortir			
Avec escorte	6	15	21
Sans escorte	4	3	7
Total	**10**	**18**	**28**
Décision – Permission de sortir	**5**	**21**	**26**
Transfèrements			
Mise en application	43	46	89
Non sollicités	69	81	150
Placement pénitentiaire	15	10	25
Articles 81/84	0	2	2
SOLLICITÉS	35	68	103
Total	**162**	**207**	**369**
Analyse d'urine	**5**	**9**	**14**
Recours à la force	**11**	**53**	**64**
Visite	**34**	**62**	**96**
Plainte n'appartenant à aucune catégorie (*)			**176**
Grand Total			**5914**

(*) Comprend les sujets de plaintes qui ne sont pas représentés par les catégories de plaintes ci-dessus et les plaintes qui concernent plusieurs catégories à la fois.

GLOSSAIRE

Plainte

Les plaintes peuvent être formulées par un délinquant ou par une personne agissant en son nom, par téléphone, par télécopieur, par lettre ou au cours d'entrevues menées par le personnel enquêteur du BEC dans les établissements correctionnels fédéraux.

Selon la loi, le BEC peut également entreprendre une enquête de sa propre initiative ou à la demande du ministre.

Réponse interne

Toute réponse fournie à un plaignant, qui ne nécessite pas la consultation de sources d'information à l'extérieur du BEC.

Enquête

Toute plainte exigeant de la part du personnel enquêteur du BEC certaines recherches auprès du Service correctionnel du Canada, ou encore l'examen ou l'analyse de documents, avant que l'aide ou l'information demandée par le délinquant ne puisse être fournie.

Les enquêtes varient considérablement quant à leur portée, à leur complexité, à leur durée et aux ressources requises. Certaines questions peuvent se régler assez rapidement, alors que d'autres exigent un examen approfondi des documents pertinents, de nombreuses entrevues et une correspondance soutenue avec les divers niveaux de gestion du Service correctionnel du Canada.

Les enquêtes systémiques examinent des sujets de préoccupation commune des délinquants et peuvent être réalisées à l'échelle de l'établissement, de l'administration régionale ou de l'administration nationale.

TABLEAU B : PLAINTES RÉPARTIES SELON L'ÉTABLISSEMENT OU LA RÉGION (*)

RÉGION/ÉTABLISSEMENT	Nombre de plaintes	Nombre d'entrevues	Nombre de jours passés dans l'établissement
Établissements pour femmes			
Établissement d'Edmonton pour femmes	63	29	6
FRASER VALLEY	41	15	7
Centre psychiatrique régional	0	0	0
Grand Valley	124	48	9
Joliette	99	39	7
Nova	42	23	5,5
Pavillon de ressourcement Okimaw Ohci	31	16	3
Total	**400**	**170**	**37,5**
Atlantique			
Atlantique	240	85	16
Dorchester	151	85	13
Centre de ressourcement Shepody	22	2	3
Springhill	70	7	10
Westmorland	5	1	2
Total	**488**	**180**	**44**
Ontario			
Bath	99	25	6,25
Beaver Creek	31	10	1
Collins Bay	194	106	10,5
Fenbrook	146	18	9
Frontenac	15	9	1,5
Joyceville	170	97	8,5
Pénitencier de Kingston	377	125	12
Millhaven	127	46	4,5
Unité d'évaluation de Millhaven	35	13	4,5
Pittsburgh	36	19	3
Centre régional de traitement – Ontario	99	41	4
Warkworth	506	321	13
Total	**1835**	**830**	**77,75**
Pacifique			
Ferndale	28	7	1
Kent	282	71	12
Kwikwèxwelhp	0	0	1
Matsqui	100	31	9,5
Mission	52	21	9
Mountain	171	9	6
Centre régional de traitement – Pacifique	48	15	12,5
William Head	21	16	4
Total	**702**	**170**	**55**

TABLEAU B : PLAINTES RÉPARTIES SELON L'ÉTABLISSEMENT OU LA RÉGION (*) (suite)

RÉGION/ÉTABLISSEMENT	Nombre de plaintes	Nombre d'entrevues	Nombre de jours passés dans l'établissement
Prairies			
Bowden	117	41	8
Bowden (sécurité minimale)	2	0	1
Drumheller	86	33	11
Drumheller (sécurité minimale)	1	0	1
Edmonton	240	75	15
Grande Cache	80	26	8
Centre Grierson	13	2	1
Centre Pê Sâkâstêw	11	6	1
Riverbend	19	5	1
Rockwood	11	9	1
Centre psychiatrique régional – Prairies	250	125	11,5
Saskatchewan (sécurité maximale)	126	11	3
Pénitencier de la Saskatchewan	104	19	3
Centre Stan Daniels	1	0	1
Stony Mountain	87	9	6
Willow Cree	2	0	0
Total	**1150**	**361**	**72,5**
Québec			
Archambault	109	43	9,5
Archambault – Centre régional de santé mentale	55	15	4
Cowansville	80	32	7
Donnacona	107	15	14
Drummond	73	28	5
Centre fédéral de formation	45	12	2
La Macaza	123	33	6,5
Leclerc	75	25	4,5
Montée St-François	31	18	3
Port Cartier	285	126	12
Centre régional de réception – Québec	69	28	9
Unité spéciale de détention	69	5	9
Ste-Anne-Des-Plaines	26	15	3
Waseskun	7	2	1
Total	**1154**	**397**	**89,5**
CCC/CRC/libérés conditionnels dans la collectivité	162	0	0
Détenus sous responsabilité fédérale dans des établissements provinciaux	12	0	0
Aucune catégorie	11	0	0
Total général	**5914**	**2108**	**376,25**

TABLEAU C : PLAINTES ET POPULATION CARCÉRALE SELON LA RÉGION

RÉGION	Nombre total de plaintes	Population carcérale (*)
Atlantique	514	1 256
Québec	1208	3 206
Ontario	1883	3 955
Prairies	1183	3 579
Pacifique	721	1 825
Centres pour femmes	395	581
Provincial Facilities	8	N/A
Aucune catégorie	2	N/A
Total	**5914**	**14 402**

(*) Population carcérale répartie selon la région, en juin 2011, d'après le Système intégré de rapports du Service correctionnel du Canada.

TABLEAU D : TRAITEMENT DES PLAINTES SELON LE TYPE DE MESURE

MESURE	Traitement	Nombre de plaintes
Réponse interne		
	Plaintes non catégorisées	0
	Conseils/renseignements fournis	1 275
	Aide fournie par l'établissement	117
	Plaintes en suspens	6
	Recommandation	395
	Renvoi au processus de règlement des griefs	242
	Plaintes non fondées rejetées	173
	Plaintes globales/multiples	47
	Plaintes retirées	152
	TOTAL PARTIEL	**2 407**
Demande de renseignements		
	Plaintes non catégorisées	2
	Conseils/renseignements fournis	861
	Aide fournie par l'établissement	772
	Plaintes en suspens	24
	Recommandation	586
	Renvoi au processus de règlement des griefs	102
	Plaintes non fondées rejetées	199
	Plaintes globales/multiples	27
	Plaintes retirées	67
	TOTAL PARTIEL	**2 640**

TABLEAU D :
TRAITEMENT DES PLAINTES SELON LE TYPE DE MESURE

MESURE	Traitement	Nombre de plaintes
Enquête		
	Plaintes non catégorisées	7
	Plaintes non catégorisées	200
	Aide fournie par l'établissement	221
	Plaintes en suspens	36
	Recommandation	243
	Renvoi au processus de règlement des griefs	35
	Plaintes non fondées rejetées	64
	Plaintes globales/multiples	38
	Plaintes retirées	23
	Subtotal:	**867**
	TOTAL GÉNÉRAL	**5 914**

TABLEAU E :
SUJETS DE PRÉOCCUPATION LE PLUS SOUVENT SIGNALÉS PAR LES DÉLINQUANTS

Population carcérale générale

CATÉGORIE	Nombre	%
Soins de santé	741	12,53 %
Conditions de détention	469	7,93 %
Effets gardés en cellule	407	6,88 %
Transfèrement	369	6,24 %
Personnel	347	5,87 %
Isolement préventif	346	5,85 %
Procédure de règlement des griefs	284	4,80 %
Renseignements au dossier	202	3,42 %
Programmes/Services	188	3,18 %
Téléphone	168	2,84 %

TABLEAU E :
SUJETS DE PRÉOCCUPATION LE PLUS SOUVENT SIGNALÉS PAR LES DÉLINQUANTS (suite)

Délinquants autochtones

CATÉGORIE	Nombre	%
Soins de santé	75	10,59 %
Personnel	64	9,04 %
Conditions de détention	63	8,90 %
Transfèrement	45	6,36 %
Isolement préventif	42	5,93 %
Effets gardés en cellule	30	4,24 %
Santé mentale	28	3,95 %
Procédure de règlement des griefs	27	3,81 %
Visites	26	3,67 %
Classement selon le niveau de sécurité	22	3,11 %

Délinquantes

CATÉGORIE	Nombre	%
Conditions de détention	58	13,30 %
Soins de santé	45	10,32 %
Effets gardés en cellule	27	6,19 %
Santé mentale	27	6,19 %
Isolement préventif	23	5,28 %
Personnel	22	5,05 %
Visites	18	4,13 %
Transfèrement	17	3,90 %
Téléphone	15	3,44 %
Préparation de cas	14	3,21 %

ANNEXE B : AUTRES STATISTIQUES

A. Examens menés en vertu de l'article 19 en 2010-2011

Conformément à l'article 19 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, le Service correctionnel du Canada (SCC) est tenu d'enquêter sur tout incident au cours duquel un délinquant subit des blessures graves ou trouve la mort. La Loi oblige le SCC à communiquer les résultats de ces enquêtes au BEC afin qu'il les examine.

- **Nombre d'enquêtes menées en vertu de l'article 19 examinées par le Bureau : 112**
- **Nombre d'enquêtes sur des décès de causes naturelles en établissement menées aux termes de l'article 19, qui ont été ordonnées en exécution du processus d'examen des cas de décès et qui ont été examinées par le Bureau : 6**

Remarques

1. *Le Service correctionnel du Canada a adopté des politiques différentes pour enquêter sur les décès attribuables à des causes « naturelles » et non naturelles en établissement. Pour les décès naturels, le SCC fait appel à un processus d'examen des cas de décès, lequel consiste en l'examen du dossier par un membre du personnel infirmier à l'administration centrale.*
2. *Pour les décès attribuables à des causes non naturelles (p. ex., des cas d'homicide, de suicide et de surdose), le SCC crée un comité d'enquête nationale. Ce comité est tenu d'enquêter et de produire un rapport officiel à l'intention du Comité de direction du SCC. Le Comité de direction examine le rapport et les recommandations du comité d'enquête nationale et approuve les mesures correctives à prendre.*

B. Examens d'incidents de recours à la force menés en 2010-2011

Nombre total de dossiers de recours à la force examinés par le BEC : 1 265

- **Examens initiaux : 573**
- **Examens complets : 382**
- **Examens en suspens ou nécessitant un suivi auprès du SCC : 310**

Remarques

1. *La politique exige que le SCC fournisse au Bureau tous les documents pertinents concernant un incident de recours à la force.*
2. *Un « examen complet » exige de passer en revue tous les documents concernant l'incident de recours à la force précisés dans la Directive du commissaire no 567 – Recours à la force. La documentation sur le recours à la force comprend notamment les éléments suivants : le Rapport sur le recours à la force, une copie de toute vidéo concernant l'incident, la Liste de contrôle des services de santé pour l'examen d'un recours à la force, la Liste de contrôle après l'incident, le Rapport d'observation ou déclaration d'un agent et le plan d'action pour remédier aux lacunes constatées.*
3. *Un « examen initial » exige de passer en revue les documents sélectionnés dans toute la documentation relative à l'incident de recours à la force. Ces documents comprennent le Rapport sur le recours à la force, la Liste de contrôle après l'incident, les déclarations du détenu (le cas échéant), les évaluations de l'établissement, de l'administration régionale et (s'il y a lieu) de l'administration centrale ainsi que le rapport d'incident dans le Système de gestion des délinquant(e)s.*
4. *Le Bureau peut effectuer un suivi particulier à l'échelle de l'établissement, de la région ou du pays.*

C. Communications sans frais en 2010-2011

Les délinquants et les citoyens peuvent communiquer avec le Bureau en composant le numéro sans frais (1-877-885-8848) de partout au Canada. Toutes les communications entre les délinquants et le Bureau sont confidentielles.

Nombre de communications sans frais reçues au cours de la période visée par le rapport : 20 011

Nombre de minutes d'enregistrement sur la ligne téléphonique sans frais : 82 182

D. Enquêtes systémiques menées en 2010-2011

En 2010-2011, 31 enquêtes systémiques (approfondies) ont été menées.

TYPE DE PLAINTE	Nombre	%
Conditions de détention	7	22,58 %
Décès ou blessures graves	4	12,90 %
Programmes/Services	4	12,90 %
Isolement préventif	3	9,68 %
Classement selon le niveau de sécurité	2	6,45 %
Recours à la force	2	6,45 %
Autres	9	29,03 %
Nombre total de traitements	**31**	

Réponse du
SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA
au
38e RAPPORT ANNUEL
de
L'ENQUÊTEUR CORRECTIONNEL

2010-2011

INTRODUCTION

Le Service correctionnel du Canada (SCC) est responsable de la gestion des peines imposées par les tribunaux aux délinquants condamnés à un emprisonnement de deux ans ou plus, y compris de la surveillance des délinquants en liberté sous condition dans la collectivité. Le SCC administre également la surveillance postpénale des délinquants assujettis à une ordonnance de surveillance de longue durée pendant une période maximale de 10 ans. En 2010-2011, au cours d'une journée moyenne, le SCC était responsable de 14 200 délinquants incarcérés et de 8 600 délinquants en liberté dans la collectivité. Le SCC gère 57 établissements, 16 centres correctionnels communautaires et 84 bureaux de libération conditionnelle et bureaux secondaires et compte environ 17 400 employés.

Même si les piliers du SCC sont toujours ses cinq priorités initiales, une sixième priorité a été ajoutée pour tenir compte du fait que le SCC ne peut s'acquitter seul de son mandat :

1. la transition et la gestion en toute sécurité des délinquants admissibles dans la collectivité;
2. la sécurité du personnel et des délinquants dans nos établissements et dans la collectivité;
3. la capacité accrue d'intervenir efficacement auprès des délinquants issus des Premières nations et des délinquants métis et inuits;
4. la capacité accrue de répondre aux besoins en santé mentale des délinquants;
5. le renforcement des pratiques de gestion;
6. des relations productives avec une diversité croissante de partenaires, d'intervenants et d'autres parties intéressées contribuant à la sécurité publique.

La sixième priorité tient compte du rôle des partenaires et des intervenants du SCC dans le processus correctionnel fédéral et réitère l'engagement du SCC envers l'accroissement de la sécurité publique grâce à la création, au maintien et à l'amélioration de ces relations productives axées sur la collaboration.

Les recommandations contenues dans le rapport de 2007 du Comité d'examen du SCC, intitulé *« Feuille de route pour une sécurité publique accrue »*, constituaient la base du Programme de transformation du SCC et portaient sur cinq domaines :

1. accroître la responsabilisation des délinquants
2. éliminer les drogues
3. améliorer les interventions et les programmes correctionnels
4. moderniser l'infrastructure physique
5. renforcer les services correctionnels communautaires

Les phases un — la transformation — et deux — l'intégration — étant toutes deux terminées, le SCC en est maintenant à la phase trois, qui consiste principalement à assurer l'intégration continue de ces initiatives. Le SCC a réalisé des progrès importants en ce qui concerne l'intégration des recommandations du Comité d'examen à ses activités quotidiennes. L'intégration et le renforcement continus de ces initiatives sont toujours d'une très grande importance pour le SCC, qui doit gérer efficacement la population complexe de délinquants d'aujourd'hui.

L'adoption de nouvelles lois, comme celle prévoyant l'abolition de la procédure d'examen expéditif, de même que la *Loi sur l'adéquation de la peine et du crime* et la *Loi sur la lutte contre les crimes violents*, devrait entraîner une augmentation du nombre de délinquants sous responsabilité fédérale ayant des besoins plus diversifiés, ce qui nécessitera une planification des immobilisations à court et à long termes et l'adaptation des programmes correctionnels et des stratégies de gestion de la population. Le SCC a élaboré une stratégie de logement à plusieurs volets pour faire face à l'augmentation de la population carcérale, ce qui comprend le prolongement et l'accroissement des mesures de logement temporaire de même que la construction de nouvelles unités au sein des

établissements actuels. Cela entraînera l'ajout de plus de 2 700 places dans les établissements correctionnels fédéraux partout au Canada.

Pendant la dernière décennie, le SCC a fait face à de nombreuses difficultés associées à la population carcérale de plus en plus complexe et diversifiée, ce qui a augmenté les pressions sur le SCC et ses activités. Les délinquants autochtones continuent d'être surreprésentés et généralement évalués comme présentant des risques élevés et comme ayant des besoins importants. Dans l'ensemble, les délinquants ont maintenant des antécédents de violence plus importants, et le SCC gère davantage de délinquants associés aux gangs et au crime organisé et de délinquants faisant l'objet d'une ordonnance de surveillance de longue durée. Le SCC a été témoin d'une augmentation de la proportion de délinquants et de délinquantes chez lesquels on a diagnostiqué des problèmes de santé mentale au moment de l'admission. Le SCC s'efforce d'améliorer le niveau des soins et les résultats correctionnels des délinquants ayant des troubles mentaux en mettant en œuvre sa Stratégie globale en matière de santé mentale. La Stratégie vise à répondre aux besoins en santé mentale des délinquants à toutes les étapes de l'incarcération, à partir de l'évaluation initiale jusqu'aux soins de transition pour les délinquants mis en liberté dans la collectivité.

Les délinquants continuent de présenter un taux de prévalence élevé de problèmes de toxicomanie et de maladies infectieuses. De plus, en raison du vieillissement de la population carcérale, la prévalence des problèmes de santé augmente, ce qui crée une pression accrue sur les systèmes de soins de santé du SCC.

Les priorités et les objectifs du SCC sont axés sur la protection du public et la sécurité des employés et des délinquants. Pour pouvoir faire face à une population complexe de délinquants et afin de contribuer à la sécurité publique, le SCC continuera de se concentrer sur ses priorités, d'améliorer les initiatives de transformation et de favoriser des relations productives avec les intervenants, les partenaires et le Bureau de l'enquêteur correctionnel.

ACCÈS AUX SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Recommandation 1

Je recommande que le SCC mette en œuvre des ententes et des arrangements de diversification des modes de prestation des services de santé mentale avec les provinces et les territoires, conformément au cadre d'évaluation des modèles de rechange pour la prestation des services, ainsi qu'au rapport du Comité permanent de la sécurité publique et nationale intitulé « La santé mentale et la toxicomanie dans le système correctionnel fédéral ».

Le SCC continue de mettre en œuvre des ententes et des arrangements de diversification des modes de prestation des services de santé mentale avec les provinces et les territoires quand cela est approprié et rentable. Le SCC a déjà des arrangements qui ont permis un renforcement des partenariats avec d'autres administrations. Par exemple, le SCC s'est récemment entendu avec un établissement de soins psychiatriques dans la collectivité qui fournit actuellement des services à une délinquante sous responsabilité fédérale. De plus, la mise sur pied de séances scientifiques dans un centre de traitement régional du SCC est une autre façon pour ce dernier de faire participer ses partenaires communautaires. Les séances scientifiques sont des forums ayant généralement lieu tous les quatre à six mois à l'intention des professionnels de la santé dans le cadre desquels un conférencier, généralement un expert en la matière, fait un exposé sur une étude de cas ou un sujet dans le but de contribuer au perfectionnement et à l'apprentissage des professionnels de la santé participant à la séance. Cet exposé est suivi d'une période de questions et réponses. Aussi, le SCC a depuis longtemps

une relation de travail avec l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Quand des crises surviennent dans les établissements, le SCC a recours aux établissements psychiatriques ou aux hôpitaux locaux pour des interventions de courte durée. Ces transfèrements sont effectués conformément aux lois applicables, par exemple en vertu des lois sur le consentement au traitement ou de la loi applicable concernant la santé mentale. Cependant, le SCC reconnaît la nécessité de créer des liens plus solides avec les services externes spécialisés en santé mentale et continue de chercher à établir de tels partenariats.

Le SCC examine actuellement les partenariats existants pour la prestation de services de santé mentale dans le but de déterminer si la création de partenariats semblables dans d'autres régions serait possible. On s'attend à ce que cet examen soit terminé en décembre 2011.

Recommandation 2

Je recommande que le SCC mette en œuvre le Plan d'action de la gestion pour pallier les déficiences de conformité et de rendement constatées lors de la vérification interne de janvier 2011 visant les centres régionaux de traitement et le Centre psychiatrique régional pour l'exercice 2011-2012, et fasse une mise à jour d'ici le 31 mars 2012.

Grâce à ses processus de vérification interne, le SCC cherche constamment des possibilités d'améliorer l'efficience et l'efficacité des services fournis aux délinquants.

Actuellement, le SCC met en œuvre les mesures mentionnées dans le Plan d'action de la gestion découlant de la vérification interne visant les centres régionaux de traitement et le Centre psychiatrique régional (2011).

Les documents du Plan d'action de la gestion et de la vérification (http://www.csc-scc.gc.ca/text/pa/adt-rtc-rpc-378-1-252/adt-rtc-rpc-378-1-252-fra.shtml) ont été mis à la disposition du public en avril 2011. Une réponse à jour sera disponible avant le 31 mars 2012.

Recommandation 3

Je recommande que tous les cas d'utilisation de la contrainte physique pour des raisons de santé soient immédiatement et sans exception assimilés à un recours à la force « à déclarer ». Le personnel appelé à utiliser le système de contraintes Pinel doit recevoir une formation sur la déclaration, la surveillance et l'utilisation sécuritaire de ce type de contraintes.

Les normes nationales de formation du SCC incluent déjà la formation du personnel à l'égard de l'utilisation du système de contraintes Pinel. Cette formation est obligatoire pour respecter les priorités organisationnelles, notamment les exigences des directives du commissaire 567 (*Gestion des incidents de sécurité*), 567-1 (*Recours à la force*) et 844 (*Utilisation du matériel de contrainte pour des raisons de santé*) et pour que le SCC puisse s'acquitter de son mandat aux termes de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC) et du *Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (RSCMLC). Après avoir terminé la formation, la personne devra démontrer qu'elle a une bonne compréhension de l'utilisation pratique et une connaissance théorique des lois et des politiques applicables à l'utilisation du système de contraintes souples Pinel.

Bien que nous ne soyons pas d'accord avec la recommandation selon laquelle tous les cas d'utilisation du système de contraintes Pinel devraient être considérés comme des cas de recours à la force « à déclarer », la nouvelle DC révisée 843 (*Prévention, gestion et intervention en matière de suicide et d'automutilation*) définit clairement les conditions, les circonstances et les processus relatifs aux cas qui doivent être considérés comme des cas de recours à la force à déclarer. Cette politique sera adoptée dans un proche avenir, et le commissaire du Service correctionnel du Canada examinera les incidents liés à l'utilisation de contraintes physiques pour des raisons de santé avec le Comité consultatif sur les soins de santé externes dans l'année à venir.

Recommandation 4

Je recommande que le Comité consultatif national sur les soins de santé du SCC soit chargé d'étudier des modèles permettant d'améliorer la surveillance et la responsabilisation relativement aux pratiques et aux lignes directrices de traitement clinique visant la gestion de l'automutilation dans les établissements, incluant la défense des droits des patients, le recours à la contrainte physique, le traitement imposé et le consentement éclairé en milieu correctionnel.

Le SCC consultera le Comité consultatif national sur les soins de santé pendant la prochaine année dans le but d'évaluer et de cerner les modèles permettant d'améliorer la surveillance et la responsabilisation relativement aux pratiques et aux lignes directrices de traitement clinique visant la gestion de l'automutilation dans les pénitenciers fédéraux.

Recommandation 5

Je recommande que, sous réserve de l'élaboration et de l'évaluation d'un programme de traitement éprouvé dans l'Unité de soins pour les besoins complexes et de l'obtention d'un financement permanent pour son fonctionnement courant, les cas les plus graves, chroniques et complexes d'automutilation au SCC fassent l'objet d'un examen en vue d'un transfèrement immédiat dans des établissements provinciaux de soins de santé mentale.

Le SCC est résolu à fournir les services essentiels en santé mentale appropriés conformément aux normes professionnelles provinciales reconnues. Des évaluations individuelles seront menées pour les délinquants qui ont été considérés comme étant les cas les plus chroniques et complexes d'automutilation pour garantir que les options de traitement appropriées sont en place et, au besoin, que les cas seront évalués pour déterminer si un placement dans un établissement provincial de soins de santé mentale est possible.

De plus, le Comité consultatif national sur les soins de santé devrait se rendre dans diverses unités de la région du Pacifique en septembre 2011, notamment l'Unité (programme) de soins pour les besoins complexes. Le SCC demandera à ce comité consultatif de lui fournir de la rétroaction, au besoin.

SOINS DE SANTÉ – ATTENTION PARTICULIÈRE À L'ÉGARD DES DÉLINQUANTS ÂGÉS.

Recommandation 6

Je recommande que le SCC créée une série appropriée d'activités et de programmes adaptés aux délinquants âgés, notamment des programmes de mise en forme et d'exercice, ainsi que d'autres interventions qui répondent aux besoins particuliers de ces détenus en matière de mobilité, d'apprentissage, d'aide à la vie autonome et de vie autonome.

Au moment de l'admission, tous les délinquants âgés et ceux qui ont des besoins en matière de soins personnels subissent une évaluation fonctionnelle mesurant leur capacité de réaliser leurs activités quotidiennes. Les résultats de cette évaluation permettent de déterminer les besoins en consultations ultérieures liées à la santé de même que les besoins spéciaux en matière de logement et de services. La capacité d'un détenu de fonctionner dans son milieu fait l'objet d'une évaluation tout au long de sa peine.

En plus de ce qui précède, le SCC mène actuellement une étude sur les délinquantes et les délinquants âgés qui contribueront à étayer les initiatives et les stratégies futures.

Recommandation 7

Je recommande que le SCC embauche, au besoin, plus de personnes ayant une formation et une expérience en soins palliatifs et en gérontologie. Il faudrait ajouter des activités de sensibilisation et d'information sur les problèmes vécus par les délinquants âgés au programme de formation et de recyclage des employés chevronnés et des nouveaux employés.

En 2009, le SCC a mis à jour les Lignes directrices nationales sur les soins palliatifs dans le but de fournir l'orientation et les outils nécessaires à une approche cohérente à l'égard de la prestation de soins aux détenus en phase terminale dans les établissements du SCC. Conformément aux normes de pratique professionnelle, le SCC utilise une approche axée sur le patient et la famille en matière de soins palliatifs pour répondre aux attentes et aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels des délinquants, en collaboration avec leur proches. La mise à jour des lignes directrices a été suivie de la création d'un module de formation sur les soins palliatifs qui a fait l'objet d'un projet pilote en novembre 2010 et du lancement des séances de formation en mars 2011.

En outre, en novembre 2010, le SCC a lancé le Module de formation sur les délinquants âgés à l'intention du personnel infirmier du SCC, auquel les autres membres de l'équipe interdisciplinaire peuvent participer. La formation de deux jours porte sur un certain nombre de domaines, comme le vieillissement normal, les maladies associées au vieillissement, la réalisation d'une évaluation gériatrique complète et les problèmes de comportement (intimidation, dépression, suicide et délire).

Recommandation 8

Je recommande que la conception des nouveaux projets de construction tienne compte des déficiences mentales et physiques associées au vieillissement et prévoie l'espace nécessaire pour créer un nombre suffisant de places dans des milieux adaptés (accessibles).

Les nouvelles unités en cours de construction incluent des cellules et des chambres qui sont accessibles. En plus de construire de nouvelles unités, nous modifions constamment certaines de nos installations au fur et à mesure que les besoins des détenus changent.

Dans le cadre de l'élaboration de sa Stratégie de logement à long terme, le SCC continuera de profiter de toutes les occasions afin de s'assurer que les besoins de la population carcérale sont pris en considération.

Recommandation 9

Je recommande que le SCC conçoive en 2011-2012 une stratégie nationale sur les délinquants âgés qui comprend notamment un volet sur la mise en liberté pour la population gériatrique, ainsi que des mesures de soutien accru après la mise en liberté.

Le SCC reconnaît qu'un plan complet de continuité des soins répondant aux besoins physiques, mentaux, affectifs, sociaux et spirituels des personnes incarcérées est la meilleure façon de leur garantir un accès aux soins de santé et aux autres services communautaires après leur mise en liberté.

Le SCC continuera de mettre en œuvre le cadre qui est déjà en place pour garantir la planification appropriée de la mise en liberté des délinquants, y compris ceux ayant besoin de soins gériatriques. Dans le cadre du processus de planification, lorsque cela est indiqué, une évaluation fonctionnelle est réalisée par les services de santé, et les domaines de préoccupation cernés sont pris en considération dans l'élaboration d'un plan personnalisé de mise en liberté. Par exemple, une évaluation fonctionnelle peut indiquer qu'il y a un besoin pour un certain type de logement.

En plus, dans le cadre du processus de prise de décision prélibératoire, une stratégie communautaire est en cours d'élaboration, laquelle précisera la façon dont les divers facteurs dynamiques continueront d'être pris en compte dans la collectivité, les méthodes de surveillance des délinquants et le niveau d'intervention à appliquer après la mise en liberté du délinquant dans la collectivité. Les besoins fonctionnels du délinquant et les ressources requises font partie du plan.

La continuité des soins est administrée par les services de santé au moyen de politiques de réinsertion sociale, de lignes directrices pour la planification de la continuité des soins tant pour les besoins en matière de santé physique que mentale, et de formulaires officiels connexes en établissement et dans la collectivité à remplir pour tous les types de transfèrements et pour une mise en liberté dans la collectivité. Les planificateurs régionaux de la continuité des soins du SCC continuent de développer un réseau de ressources communautaires au moyen de l'éducation, du réseautage et de partenariats.

DÉCÈS EN ÉTABLISSEMENT

Recommandation 10

Je recommande que le SCC rende publique sa stratégie de rendement relative à la prévention des décès en établissement et présente un rapport annuel sur les résultats par rapport à des indicateurs de rendement clairs, conformément à la recommandation formulée par le Bureau lors de son exercice d'évaluation trimestrielle.

Le SCC se dirige dans cette direction. Le premier rapport pour la période d'avril à septembre 2010 de la Stratégie de mesure du rendement relative aux décès de délinquants en établissement – avril 2010 à avril 2015, est presque terminé et sera communiqué au Bureau de l'enquêteur correctionnel et accessible au public au plus tard en octobre 2011.

Recommandation 11

Je recommande que le SCC publie sa réponse aux rapports de l'équipe de vérification et du Comité d'examen indépendant et fournisse des mises à jour annuelles sur les progrès accomplis par rapport aux recommandations.

Les Mesures correctives et le Plan d'action de la gestion (MCPAG) relatifs au rapport de l'équipe de vérification et du Comité d'examen indépendant sont en cours d'achèvement et seront présentés au Comité de direction pour approbation en septembre 2011. Dès que le Comité de direction aura approuvé ces MCPAG, on s'occupera de publier le rapport final du Comité d'examen indépendant ainsi que les MCPAG sur les sites Web et Intranet du SCC et on les mettre à jour deux fois par année afin qu'ils tiennent compte des progrès réalisés par rapport aux recommandations faites dans les rapports.

Recommandation 12

Conformément à l'article 180 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, je recommande que le ministre de la Sécurité publique ordonne au SCC de cesser immédiatement son exercice d'examen des décès jusqu'à ce que les lignes directrices de cet examen soient validées par des experts indépendants pour se conformer aux exigences de la *Loi*. Par souci de transparence et de responsabilisation, les conclusions de cet examen devraient être publiées.

Le processus d'examen des cas de décès offre une approche systématique et globale pour l'examen des décès de causes naturelles survenus dans les établissements. Dans le cadre du processus d'examen des cas de décès, nous consultons régulièrement les coroners. En août 2010, le SCC a présenté un aperçu du processus d'examen des cas de décès à la réunion annuelle des coroners/médecins légistes, lesquels ont en général bien accueilli notre processus d'examen des décès de causes naturelles et ont fourni des suggestions utiles d'amélioration.

Le SCC continuera de communiquer activement avec les coroners et de demander leur avis au moment d'examiner les décès de causes naturelles survenus dans les établissements.

Conformément à nos mesures intégrées de responsabilisation, nous continuerons de présenter des résumés et des fermetures de dossier d'examen des cas de décès au Comité de direction du SCC aux fins de décision; aussi, périodiquement, nous rédigerons un résumé des principales conclusions à l'intention du Comité de direction du SCC, qui sera largement distribué dans toute l'organisation de façon à communiquer les résultats du processus, par souci de transparence et pour fournir de l'information que le SCC peut utiliser pour améliorer ou modifier ses pratiques. De plus, nous prévoyons demander au Comité consultatif national sur les soins de santé de donner son avis sur le processus.

Recommandation 13

En attendant la validation du processus d'examen des décès, je recommande qu'un médecin externe examine tous les décès de cause naturelle en établissement et qu'il fasse rapport, de façon indépendante, de ses constatations et recommandations au commissaire du Service correctionnel du Canada.

Le processus d'examen des cas de décès offre une approche systématique et globale pour l'examen des décès de causes naturelles survenus dans les établissements. Dans le cadre du processus d'examen des cas de décès, nous consultons régulièrement les coroners. Par exemple, en août 2010, le SCC a présenté un aperçu du processus d'examen des cas de décès à la réunion annuelle des coroners/médecins légistes, lesquels ont en général bien accueilli notre processus d'examen des décès de causes naturelles et ont fourni des suggestions utiles d'amélioration.

De plus, nous prévoyons demander au Comité consultatif national sur les soins de santé externe de donner son avis sur le processus. Dans le cadre des mesures intégrées de responsabilisation, nous continuerons de présenter des résumés et des fermetures de dossier d'examen des cas de décès au Comité de direction du SCC; aussi, périodiquement, nous rédigerons un résumé des principales conclusions à l'intention du Comité de direction du SCC, qui sera largement distribué dans toute l'organisation de façon à communiquer les résultats du processus, par souci de transparence et pour fournir de l'information que le SCC peut utiliser pour améliorer ou modifier ses pratiques.

Recommandation 14

Je recommande que les pratiques et les procédures de préparation des détenus malades en phase terminale à une « mise en liberté accordée à titre exceptionnel » soient examinées de manière indépendante pour vérifier si l'on répond aux normes du SCC et si cette préparation est faite avec la prudence, la rigueur et la rapidité voulues.

Le processus d'examen des cas de décès fait état de l'admissibilité des détenus à une libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel et indique la raison pour laquelle ces détenus n'ont pas été pris en considération ou n'ont pas bénéficié de cette forme de mise en liberté. Les membres de la direction du SCC ont travaillé en étroite collaboration pour s'assurer qu'il y avait eu une bonne gestion de l'examen de chaque cas. Lorsqu'il est déterminé que, du point de vue de la gestion de cas, cette forme de mise en liberté aurait pu être accordée, le processus demeure le moyen approprié pour en faire état.

En ce qui concerne les soins fournis, tel que mentionné précédemment, le SCC a mis à jour en 2009 les Lignes directrices nationales sur les soins palliatifs dans le but de fournir l'orientation et les outils nécessaires à une approche uniforme de prestation de soins aux détenus en phase terminale dans les établissements du SCC. Conformément aux normes de pratique professionnelle, le SCC utilise une méthode de soins palliatifs axée sur le patient et la famille pour répondre aux attentes et aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels des délinquants, en collaboration avec leurs proches.

Dans les cas où les détenus ne sont pas admissibles à une libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel, ne reçoivent aucun appui pour celle-ci ou se la voient refuser par la Commission des libérations conditionnelles du Canada, le SCC s'assure que des mesures sont prises, sous réserve des exigences opérationnelles, pour aider le délinquant et ses proches dans les dernières étapes de sa vie. Par exemple, le SCC peut permettre des visites spéciales, davantage de possibilités d'appels téléphoniques, etc.

CONDITIONS DE DÉTENTION

Recommandation 15

Je recommande que la directive révisée du commissaire sur le logement des détenus :

i interdise clairement et explicitement la double occupation des cellules d'isolement et des milieux qui s'apparentent aux cellules d'isolement, ainsi que dans les unités de garde en milieu fermé pour femmes;

La double occupation des unités de garde en milieu fermé ou des cellules d'isolement préventif sera utilisée uniquement en dernier recours, quand toutes les autres solutions de rechange ont été envisagées. Le SCC examine actuellement ses politiques pour s'assurer que les directeurs d'établissement comprennent bien que la double occupation dans ces secteurs doit être une solution de dernier recours.

ii. ordonne expressément que les placements en double occupation soient signés et approuvés par le directeur d'établissement et examinés par les autorités régionales sur une base trimestrielle;

Le SCC examinera ses processus d'approbation et de surveillance des placements en double occupation et présentera un nouveau protocole d'ici octobre 2011.

iii. exige que les exemptions qui permettent d'utiliser d'autres locaux pour le logement des détenus à titre temporaire et dans une situation d'urgence soient approuvées par le commissaire du Service correctionnel du Canada et accompagnées d'un plan visant à remettre ces locaux dans leur état d'origine à une date déterminée.

Les exemptions permettant d'utiliser d'autres locaux pour le logement des détenus à titre temporaire et dans une situation d'urgence continueront d'être la responsabilité du sous-commissaire régional, qui signalera tous les cas au commissaire du Service correctionnel du Canada une fois par semaine. Le sous-commissaire régional devra fournir un plan visant à remettre ses locaux dans leur état d'origine dès que cela sera possible.

Recommandation 16

Je recommande que le SCC vérifie le respect de son obligation légale de faire en sorte que les problèmes de santé mentale soient pris en compte – et démontrés – dans la décision d'ordonner ou de maintenir l'isolement.

Actuellement, le SCC surveille déjà ce processus à l'aide de l'outil national de vérification, utilisé par l'administration centrale une fois par année relativement aux questions liées à l'isolement. En plus de cette pratique continue, le SCC (administration centrale) procédera au cours des douze prochains mois à un examen aléatoire des placements en isolement et des maintiens en isolement et il fera état des résultats tous les trois mois au commissaire du Service correctionnel du Canada. À la fin des douze mois, la pratique des examens trimestriels sera réévaluée par le Comité de direction du SCC.

Recommandation 17

Je recommande que le SCC mette en œuvre les recommandations formulées dans le Rapport sur l'examen externe de la procédure de règlement des plaintes et des griefs des délinquants du Service correctionnel du Canada et mette en place immédiatement des coordonnateurs et des médiateurs des griefs dans tous les établissements à sécurité moyenne et maximale et à niveaux de sécurité multiples.

La Méthode substitutive de règlement des différends (MSRD) a été reconnue dans l'examen externe des recours des délinquants comme étant un moyen important de réduire le nombre de plaintes et de griefs à l'échelon des établissements, lesquels gèrent 79 % des plaintes et des griefs chaque année. Le SCC a entrepris un projet pilote qui aura lieu dans un établissement à sécurité maximale et un établissement à sécurité moyenne de chacune des cinq régions. Le projet sera lancé en septembre 2011 et durera 18 mois.

ACCÈS AUX PROGRAMMES

Recommandation 18

Je recommande que le projet pilote de Modèle de programme correctionnel intégré (MPCI) soit examiné par des experts indépendants au cours du prochain exercice, en fonction d'indicateurs de rendement et de résultats clairs, et que les conclusions de cet examen soient communiquées à la Commission des libérations conditionnelles du Canada et rendues publiques. Des programmes pour Autochtones devraient être maintenus jusqu'à l'achèvement de l'évaluation.

Le SCC a conçu et effectue une étude sur l'efficacité du MPCI, et les résultats devraient être connus au cours de l'exercice 2012-2013. Le SCC lancera également un projet de recherche externe indépendant sur le MPCI. De plus, les programmes correctionnels devraient être évalués conformément au Plan d'évaluation quinquennal du SCC. Les résultats de l'évaluation seront communiqués au public, à la Commission des libérations conditionnelles du Canada, au Bureau de l'enquêteur correctionnel et aux autres intervenants clés.

Le MPCI comprend un volet précis adapté à la culture des délinquants autochtones, lequel fait en sorte que la stratégie relative au continuum de soins pour les délinquants autochtones est entièrement intégrée. Le MPCI pour les Autochtones est ancré dans la culture autochtone et contient un répertoire de compétences. Comme pour les autres volets du MPCI, le volet pour Autochtones est conçu en fonction des principes de risque, de besoins et de réceptivité et respecte les mêmes normes que les autres volets du MPCI. Comme pour les autres volets, il y a un programme préparatoire offert à l'évaluation initiale, des programmes d'intensité modérée et élevée, un programme de maintien des acquis en établissement et un programme de maintien des acquis dans la collectivité, éléments qui sont tous adaptés aux besoins des Autochtones.

De plus, le MPCI pour les Autochtones est donné par un agent de programmes correctionnels pour Autochtones (APCA) avec l'aide d'un Aîné pour certaines parties précises, et les cérémonies et les composantes spirituelles sont dirigées par un Aîné. L'Aîné du programme est également appelé à fournir du soutien dans le cadre de la stratégie d'intervention du Module de motivation quand un délinquant autochtone abandonne un programme, refuse de participer au programme ou a besoin d'aide avec le contenu du programme pour mieux comprendre la bonne interprétation et la mise en œuvre du contenu et des compétences du programme.

Par conséquent, les programmes pour délinquants autochtones seront maintenus dans le cadre du MPCI pour les Autochtones, font partie du projet pilote et feront partie de l'évaluation.

QUESTIONS RELATIVES AUX AUTOCHTONES

Recommandation 19

Je recommande que le SCC procède à un examen opérationnel de l'accès des délinquants autochtones aux activités liées à la spiritualité et aux cérémonies dans les établissements de tous les niveaux de sécurité pour faire en sorte que les pratiques en établissement soient soutenues et développées uniformément, dans la mesure prévue par les politiques et la loi.

Le SCC procédera à un examen pour s'assurer que les délinquants autochtones en établissement ont accès à des activités spirituelles et à des cérémonies, conformément à la politique nationale.

Le Plan stratégique relatif aux services correctionnels pour Autochtones (PSSCA) fait l'objet d'une évaluation complète. Comme le PSSCA s'appuie sur le continuum de soins, lequel est axé sur la spiritualité et la culture, le SCC devrait recevoir des recommandations concernant une lacune quelconque relative à l'accès des délinquants.

Le SCC procède actuellement à un examen complet de tous les ordres permanents liés à la directive du commissaire (DC) 259 (*Exposition à la fumée secondaire*) pour veiller à ce que les pratiques spirituelles autochtones soient acceptées dans chaque établissement. Cet examen devrait être terminé d'ici septembre 2011. S'il existe des ordres permanents liés au DC 702 (*Délinquants autochtones*), l'examen commencera en septembre 2011.

On demandera aux régions de fournir un examen de la disponibilité des Ainés, des services spirituels et d'autres renseignements pertinents concernant la spiritualité, et ce, pour chaque établissement.

Le SCC est en train d'élargir la portée de son initiative sur les Sentiers autochtones, laquelle passera de 7 unités à un maximum de 25. Ces unités font actuellement l'objet d'un examen et d'un processus d'approbation qui sera terminé en mars 2012. Toute l'information, à l'exception de l'évaluation du PSSCA, sera disponible au plus tard en avril 2012.

DÉLINQUANTES SOUS RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE

Recommandation 20

Je recommande que le SCC mette en œuvre très activement une série de mesures de gestion de la population dans les établissements régionaux pour femmes, conformes au rapport La création de choix et fidèles au principe des mesures le moins restrictives possible énoncé dans la LSCMLC.

Le SCC a élaboré une stratégie de gestion de la population dans les établissements pour femmes qui tient compte des besoins uniques des délinquantes purgeant une peine de ressort fédéral et qui est conforme aux principes énoncés dans le rapport La création de choix et dans la LSCMLC.

La mesure à long terme visant à faire face à l'augmentation prévue de la population est l'ajout de 144 places dans les établissements pour femmes au cours des deux prochains exercices.

Entre temps, des solutions à court et moyen termes seront mises en œuvre, notamment les suivantes :

- maximiser la capacité d'accueil actuelle grâce à la double occupation des cellules de l'unité de garde en milieu fermé;
- faciliter les transfèrements sollicités vers d'autres régions;
- modifier l'accord conclu aux termes de l'article 81 avec les *Native Counselling Services of Alberta* dans le but d'inclure jusqu'à 16 places pour délinquantes;
- envisager des ententes novatrices d'échange de services avec les provinces afin de déterminer si elles peuvent accueillir plus de délinquantes;
- examiner la possibilité d'avoir recours à des solutions de logement temporaire, comme des unités temporaires/roulottes, dans certains établissements;
- examiner les possibilités de places supplémentaires en santé mentale pour les délinquantes;
- mettre l'accent sur la planification et la préparation efficace et en temps opportun de la gestion de cas pour les réévaluations du niveau de sécurité et les examens par la Commission des libérations conditionnelles le plus tôt possible au cours de la peine pour les délinquantes admissibles;
- augmenter les niveaux de dotation dans les secteurs clés (c.-à-d. travailleurs sociaux, agents de programmes correctionnels, conseillers en emploi) dans le but de favoriser des interventions efficaces et en temps opportun;
- utiliser d'autres locaux pour loger les délinquantes, mais selon un examen au cas par cas et uniquement quand aucune autre solution raisonnable n'est possible dans l'immédiat. Dans ces cas, le respect de la vie privée et de la dignité des délinquantes est un élément essentiel à prendre en considération.

Recommandation 21

Je recommande que le SCC explore d'autres partenariats et ententes avec les provinces et les territoires pour favoriser le transfèrement des délinquantes souffrant de troubles mentaux graves dans des établissements de traitement spécialisés.

Le SCC continue d'envisager des partenariats et des ententes avec les provinces et les territoires quand cela est approprié et rentable. Le SCC a déjà des arrangements qui ont permis un renforcement des partenariats avec d'autres administrations. Par exemple, le SCC s'est récemment entendu avec un établissement de soins psychiatriques dans la collectivité qui fournit actuellement des services à une délinquante sous responsabilité fédérale. De plus, la mise sur pied de séances scientifiques dans un centre de traitement régional est une autre façon pour le SCC de faire participer ses partenaires communautaires. Les séances scientifiques sont des forums ayant généralement lieu tous les quatre à six mois à l'intention des professionnels de la santé dans le cadre desquels un conférencier, généralement un expert en la matière, fait un exposé sur une étude de cas ou un sujet dans le but de contribuer au perfectionnement et à l'apprentissage des professionnels de la santé participant à la séance. Cet exposé est suivi d'une période de questions et réponses. Aussi, le SCC a depuis longtemps une relation de travail avec l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Quand des crises surviennent dans les établissements, le SCC a recours aux établissements psychiatriques ou aux hôpitaux locaux pour des interventions de courte durée. Ces transfèrements sont effectués conformément aux lois applicables, par exemple en vertu des lois sur le consentement au traitement ou de la loi applicable concernant la santé mentale. Cependant, le SCC reconnaît la nécessité de créer des liens plus solides avec les services externes spécialisés en santé mentale et continue de chercher à établir de tels partenariats.

Le SCC examine actuellement les partenariats existants pour la prestation de services de santé mentale dans le but de déterminer si la création de partenariats semblables dans d'autres régions serait possible. On s'attend à ce que cet examen soit terminé en décembre 2011.